85

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Janvier 1908, à 1 heure

PAR

Louis RIGOLLOT-SIMONNOT
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'OCCLUSION INTESTINALE

APRÈS LA

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

ET SA PROPHYLAXIE

ÉTUDE CRITIQUE DES PROCÉDÉS DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges { MM. RECLUS, *professeur*
Pierre DUVAL, *agrégé*
OMBREDANNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne, 1
—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A M. le Docteur HALLÉ

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

avec l'expression de ma gratitude

A MM. les Docteurs RICARD et PARMENTIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Internat

M. le Docteur MICHAUX

Chirurgien de l'hôpital Beaujon,

Internat, 1904-1905

Internat, 1906-1907

Respectueux hommage de reconnaissance et d'attachement

M. Le Docteur ROUTIER

Chirurgien de l'hôpital Necker

Internat, 1905-1906

M. le Professeur DUPLAY

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Remplacé par

M. le Docteur J.-L. FAURE,

M. le Docteur MAUCLAIRE

Internat, 1903-1904

M. le Professeur LE DENTU

Internat, 1903-1904

Externat

M. le Docteur BOUILLY (Externat, 1901-1902).

M. le Docteur BOUGLÉ

(*in memoriam*)

M. le Docteur VARIOT (Externat, 1902-1903).

M. le Docteur WIDAL (Externat, 1900-1901).

M. le Docteur AUVARD (Externat, 1900).

M. le Docteur SCHWARTZ (Externat, 1898-1899).

M. le Professeur HUTINEL (Externat, 1897-1898).

M. le Docteur DARIER (Externat, 1897-1898).

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS MARION, HERBET, MICHON, VEAU, LENORMANT, FREDET, BAUDET (Internat.)
MM. LES DOCTEURS DEMELIN, BRUHL, DUFOUR

(Externat).

A MM. LES DOCTEURS WIART ET LESNÉ

AVANT-PROPOS ET HISTORIQUE

L'idée de ce travail nous a été donnée par un cas que nous avons eu la bonne fortune de voir et d'opérer dans le service de M. le Dr Michaux, grâce à la bienveillance de notre maître. L'étude de ce cas nous parut si démonstrative, si clair apparaissait le mécanisme de cette occlusion, et il était si facile de toucher du doigt le point faible de la méthode de von Hacker, précédemment employée dans ce cas, et cependant exécutée de la façon la plus correcte, en observant de tous points la technique classique, que nous avons voulu nous rendre compte de la fréquence des accidents d'occlusion après la gastro-entérostomie et rechercher s'il n'était pas un moyen de prévenir bon nombre d'entre eux.

Sans doute, après cette opération, l'occlusion n'est pas une complication très fréquente ; et les cas observés sont, proportionnellement au nombre d'anastomoses gastriques exécutées actuellement, beaucoup plus rares qu'ils ne l'étaient dans les premières années où ces opérations étaient pratiquées. La technique est devenue meilleure, l'anastomose ne se fait plus au hasard, avec la première anse grêle venue ; le Wölfler, qui certainement a à son actif un plus grand nombre de cas d'occlusion que toute autre méthode, est moins couramment pratiqué ; on se préoc-

cupe dans les anastomoses postérieures de ne pas laisser de brèche dans le mésocolon transverse, et nous convenons volontiers qu'il serait exagéré, à l'heure actuelle, de répéter ce que Lenclos disait dans sa thèse (1) sur les occlusions intestinales post-opératoires : « *Entre toutes les opérations* la gastro-entérostomie a donné de nombreux mécomptes. »

Pourtant nous avons été surpris de voir, en France, attacher aussi peu d'importance à cette complication, et de nous apercevoir que, dans toutes les sociétés savantes et les congrès où l'on discutait sur les indications de la gastro-entérostomie, sur sa technique, sur certaines de ses complications, telles le circulus vitiosus, l'ulcère peptique du jéjunum, jamais il n'était dit un mot des occlusions post-opératoires. A plus forte raison, pas de travail d'ensemble sur ce sujet ; car, bien qu'il soit classique de citer l'article de M. Nové-Josserand (2), il n'a nullement trait, malgré son titre, à l'occlusion intestinale vraie, mais bien au circulus vitiosus, dont l'observation qu'il rapporte est un cas type.

Sans doute une mention spéciale est faite à l'occlusion dans les ouvrages, classiques en chirurgie gastrique, et si documentés de MM. Terrier et Hartmann (1899) et de M. Monprofit (1903). Terrier signale la possibilité d'étranglement de l'intestin grêle à travers la brèche faite au mésocolon dans les anastomoses postérieures, et fait également allusion aux cas de compression du côlon transverse par l'anse jéjunale afférente dans les abouchements anté-

1. Lenclos. Thèse Nancy, 1899.
2. Nové-Josserand. *Lyon médical*, 1897, p. 35-44.

rieurs. Monprofit, en outre de ces cas, rapporte une nouvelle cause d'occlusion qu'ont révélée les travaux de Petersen, auxquels fait également allusion Kieffer dans sa thèse sur les complications de la gastro entérostomie (1) : mais aucun d'eux n'en a tiré de conclusions au point de vue de la prophylaxie de ces accidents et de leurs rapports avec la technique suivie.

La communication de Petersen au XX[e] Congrès de chirurgie allemand de 1900, avec les observations qui en font le sujet, constitue en effet le premier, nous serions tenté de dire le seul travail d'ensemble qui ait été fait sur la question. Seul, en effet, Petersen a étudié les diverses variétés d'occlusions et en a précisé les conditions, mais sans en indiquer le remède, sans défendre assez sa méthode, excellente d'ailleurs et nullement plus susceptible de prédisposer à la forme d'étranglement qu'il signalait que le von Hacker, sans deviner enfin ce qui la rendrait parfaite et que Ricard a trouvé depuis, la *fixation* verticale de l'anse afférente.

Est-ce parce que Petersen, avec une belle franchise, apportait en même temps que l'exposé de sa méthode, des observations capables de la déconsidérer ; des insuccès proclamés par lui a-t-on conclu au peu d'intérêt, et de sa technique, et de sa communication, que celle-ci eut si peu de retentissement en France? Toujours est-il que dans les années qui suivent, un certain nombre d'observations nouvelles se sont ajoutées à la liste des cas d'occlusion intestinale

---

1. Kieffer. Th. Paris, 1903.

après gastro-entérostomie, sans que pour cela, en dehors de la précaution maintenant banale de suturer l'estomac à la brèche mésocolique, les opérateurs aient paru beaucoup s'inquiéter de la possibilité de cette complication et aient cherché les moyens d'y parer. Seul, Roux dans la description de son procédé d'anastomose par abouchement en Y, a été hanté par la préoccupation de l'étranglement interne, et dans l'exposé de sa technique, à plusieurs reprises, il revient sur la nécessité de « suturer entre eux les bords de la section mésentérique, afin d'éviter l'engagement d'une anse intestinale dans les trous créés par l'opération. Cette préoccupation, ajoute-t-il, n'est pas encore née chez les partisans de la gastro-entérostomie antérieure simple, qui ont déjà enregistré pareil accident mortel entre l'anse attirée à l'estomac et le côlon transverse (1) ».

Cette importance de la technique opératoire suivie nous apparaît comme un point primordial, tant de l'étude du cas que nous avons personnellement pu voir, que des faits que nous avons rencontrés dans la littérature. Et exception faite pour des cas rares, en somme, où l'occlusion se produit au même titre qu'elle se serait montrée après toute autre intervention abdominale et même en l'absence de celle-ci, et également pour les cas d'occlusion par extension ou généralisation du processus morbide, néoplasme ou périgastrite, qui a commandé l'intervention, nous croyons pouvoir conclure que *désormais ces accidents d'occlusion qui sont sous la dépendance de la gastro-entérostomie elle-même, doivent disparaître de façon absolue* par l'emploi de

1. Bourges et Roux. *La gastro-entérostomie*, 1902.

méthodes qui, sans être plus compliquées que les méthodes classiques employées jusqu'ici, Wölfler ou von Hacker, doivent mettre à l'abri de toute torsion ou de toute incarcération de l'intestin.

En 1899, Lenclos pouvait écrire en parlant de l'occlusion post-opératoire : « La gastro-entérostomie et l'entéro-anastomose sont des opérations qui procurent souvent des déboires (en fait d'occlusion) au chirurgien, *parce qu'elles ne sont pas encore réglées*. » Si ces mots ont été vrais, nul n'a plus le droit de les redire aujourd'hui.

DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES OCCLUSIONS

Définition

Nous avons dit, chemin faisant, en traitant des travaux parus sur la question des accidents d'occlusion, que Nové-Josserand avait rangé sous cette rubrique des accidents dûs nettement au circulus vitiosus typique. Pareille confusion a été commise plusieurs fois, certains auteurs, tels Lenclos, Walzberg, Kappeler, Lùnd, étiquetant de ce terme des cas où l'obstacle portait sur un point quelconque de la branche afférente de l'anastomose ou du duodénum.

Or il nous semble capital de préciser les termes de la question, et de distinguer nettement entre ces deux ordres de faits, reflux ou circulus vitiosus d'un côté, occlusion intestinale vraie de l'autre.

Dans les conditions normales, on désigne sous le nom d'occlusion intestinale tous les cas d'obstacle au cours des matières siégeant en un point quelconque du tractus intestinal, depuis le pylore jusqu'à l'anus. Or après une gastro-entérostomie, les conditions de circulation des aliments dans le tube digestif sont changées ; le pylore est en quelque sorte fonctionnellement supprimé, ce qui le remplace c'est un néopylore répondant à l'anastomose, et la conti-

nuité du tube digestif est représentée de la façon suivante : estomac, jéjuno-iléon au delà de l'abouchement gastrique, et gros intestin.

Dès lors *le terme d'occlusion intestinale doit*, nous semble-t-il, *être réservé aux cas d'obstacle sur cette portion d'intestin située en aval du néopylore, à l'exclusion de tous les cas où l'obstacle siège sur le duodénum ou l'anse jéjunale afférente*. La physionomie de ces derniers cas est en effet toute spéciale, puisque la lésion causale porte non plus sur la continuité du tractus intestinal, mais sur une anse exclue, toujours fonctionnellement, et, le plus souvent même anatomiquement, au sens strict du mot, car la lésion pylorique qui a commandé l'intervention réalise les conditions d'une exclusion unilatérale de ce segment d'intestin, au même titre que si on pratiquait une résection du pylore

Doit-on même faire rentrer dans le domaine de l'occlusion intestinale, *les cas de compression ou d'obstruction de la nouvelle bouche anastomotique ?* Pas davantage, à notre avis. Du fait des conditions nouvelles dans lesquelles se fait, comme nous l'avons dit, le passage des aliments, cette sténose du nouveau pylore doit être de tous points rapprochée des accidents de sténose pylorique vraie dont elle réalise absolument le tableau, sous la réserve toutefois qu'au préalable la perméabilité de la traversée gastro-duodénale ne se soit pas rétablie depuis l'intervention : car dans ce cas les aliments reprennent leur cours normal, et on se retrouve absolument dans les mêmes conditions que celles où l'on était avant d'avoir pratiqué la gastro-entérostomie, comme le montrent les faits rap-

portés par Mayo d'abord, puis par Tuffier et Monprofit, de décrochement de l'anse anastomosée un certain temps après une gastro-entérostomie, et comme cela résulte des très intéressantes communications faites en ce moment à la Société de chirurgie. Donc, accidents de sténose pylorique si l'anastomose gastro-jéjunale est oblitérée et si le pylore n'a pas repris sa perméabilité ; absence complète de troubles au contraire s'il se laisse franchir facilement par le contenu stomacal ; en tous cas jamais d'accidents à type d'occlusion intestinale.

Mais si nous établissons une distinction formelle entre l'occlusion intestinale telle que nous la comprenons, et les différentes occlusions du segment intestinal situé en amont de l'anastomose, qui, elles, donnent des accidents de reflux ou de circulus vitiosus, hâtons-nous de dire que *dans un certain nombre de cas, en pratique, circulus et occlusion se trouvent intimement liés, le circulus entraînant la production de l'occlusion ou réciproquement.*

Qu'une occlusion en effet vienne à se produire sur l'anse efférente assez près de l'anastomose, le segment intestinal sus-jacent se distend et son contenu peut refluer, sinon en totalité, du moins en partie dans l'anse afférente et le duodénum qui se laissent distendre, et ainsi les accidents prennent la physionomie du circulus vitiosus dont au reste les lésions se trouvent absolument reproduites.

Ou bien, au contraire, que du fait du mauvais fonctionnement d'une anastomose le contenu gastrique vienne à se déverser dans la branche afférente, celle-ci se distend de façon considérable et peut comprimer un segment

intestinal proche, de façon à produire une véritable occlusion : ce peut être l'anse efférente voisine de la précédente et ne pouvant fuir sa pression ; ce peut être surtout, dans le cas de gastro-entérostomie antérieure de Wölfler, le côlon transverse, qui passe au-dessus de la courbe décrite par l'anse afférente : que les deux segments, antérieur et postérieur par rapport au côlon, de cette anse viennent à se distendre de façon anormale, ils vont comprimer, laminer en quelque sorte le gros intestin pris entre eux, et ainsi s'ajoutera aux signes et aux lésions du circulus vitiosus, la symptomatologie de l'occlusion intestinale par compression du côlon transverse, comme dans le cas de Desfosses.

Nous voyons donc quelle parenté peut exister dans certains cas entre le circulus vitiosus et l'occlusion intestinale siégeant au-dessous de l'anastomose, la seule à qui nous réservions ce titre. Et de fait nous verrons qu'au point de vue clinique, difficile est souvent la distinction entre ces deux sortes d'accidents au point que nous ayons cru pouvoir décrire une forme *d'occlusion à type de circulus vitiosus*.

Classification

Dès lors notre sujet étant ainsi précisé, il nous devient loisible d'étudier les différentes variétés d'occlusion intestinale après gastro-entérostomie et d'en essayer une classification.

Nombre d'auteurs ont étudié les occlusions intestinales post-opératoires en général et se sont attachés à en don-

ner une classification rationnelle : tels Tuja (1), Daurignac (2), Legueu (3), Naoumoff (4), Adenot (5), Lenclos (6), et, plus récemment, notre collègue et ami David (7).

Tandis que Tuja, Daurignac, Adenot se basent sur LA NATURE DE L'ÉTRANGLEMENT ET SON MODE DE PRODUCTION et distinguent les occlusions post-opératoires en :

1° occlusions par adhérences ;

2° occlusions par brides ;

3° occlusions par positions vicieuses de l'intestin, comprenant : les torsions, les coudures, les incarcérations, les compressions du fait de déplacement ;

4° occlusions de forme spasmodique.

Legueu, et après lui Naoumoff et David, classent les occlusions suivant leur SIÈGE et les divisent en :

1° occlusions sans obstacle mécanique ;

2° occlusions par obstacle indépendant du foyer opératoire ;

3° occlusions par obstacle siégeant au niveau même du foyer opératoire.

Enfin Lenclos, considérant L'ÉPOQUE OU ELLES SE DÉCLARENT, distingue les cas en :

---

1. Tuja. Thèse Lyon, 1894.
2. Daurignac. Thèse Toulouse, 1895.
3. Legueu. *Gazette des hôpitaux*, 23 novembre 1895. *Rev. génér.*
4. Naoumoff. Thèse Montpellier, 1896.
5. Adenot. *Revue Chirurgie*, 1896, p. 15.
6. Lenclos. Thèse Nancy, 1899.
7. Louis David. *Tribune médicale*, 22 septembre 1906.

1° occlusions immédiates, se montrant dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération ;

2° occlusions rapprochées, apparaissant de cette époque jusqu'à la guérison opératoire ;

3° occlusions éloignées.

Il ne nous appartient pas de prendre parti entre ces différentes classifications, faites d'ailleurs pour cataloguer un nombre de cas beaucoup plus considérable que ceux qui nous occupent.

Disons cependant que la méthode qui consiste à scinder les cas suivant l'époque d'apparition des accidents par rapport à l'opération ne nous paraît pas devoir être adoptée. Elle a ce désavantage d'englober sous la même rubrique les cas les plus dissemblables comme cause : en dehors des occlusions paralytiques symptomatiques de péritonite, très peu intéressantes d'ailleurs car elles ne constituent qu'un épiphénomène, est-il possible, en effet, étant donnée une occlusion de telle forme, de dire à quelle époque éclateront les accidents ? A quel moment une adhérence manifestera-t-elle sa présence ? Ou bien au cours de l'opération on a préparé une amorce à l'étranglement d'une anse en créant un orifice tout prêt à la recevoir : quand l'engagement de l'intestin se fera-t-il ? — Question de hasard, ou d'un concours de circonstances qui peuvent aussi bien se rencontrer le jour même de l'opération que se faire attendre deux ans ou plus ! Aussi nous contenterons-nous chemin faisant de signaler, simplement au point de vue de la physionomie clinique des cas, l'époque à laquelle ils se sont produits par rapport à la gastro-

entérostomie primitive, mais en nous gardant bien d'y attacher plus d'importance.

Le classement des occlusions suivant leur mode de production, tel que l'ont proposé Tuja et Adenot, nous paraît, s'il est à l'abri des reproches que l'on peut adresser à la division précédente, bien un peu schématique, et plus anatomique que clinique. Il n'en est pas de même de la classification de Legueu, qui nous paraît de beaucoup préférable : elle a selon nous cet avantage énorme, de mettre en face de chaque variété les déductions et les enseignements que comporte le cas, et de nous montrer de suite, dans tel cas donné, quel facteur doit être incriminé, la lésion préexistante, le fait d'avoir pratiqué une intervention, quelle qu'elle puisse être, une faute de l'opérateur, ou la technique employée.

Aussi est-ce cette classification des variétés d'occlusions suivant le siège des lésions que nous suivrons dans cette étude, *bien que, nous l'avouons, nous nous sentions tenté de la simplifier encore, et de distinguer après gastro-entérostomie*, deux variétés d'occlusion :

1° **Des occlusions qui n'ont rien de spécial à l'opération de gastro-entérostomie :**

Qui reconnaissent pour cause les lésions pour lesquelles l'intervention a été pratiquée.

Ou qui peuvent se voir au même titre après toute autre intervention abdominale.

2° **Des occlusions spéciales à la gastro-entérostomie et relevant de la technique suivie :**

Soit technique mal exécutée par l'opérateur ;

Soit technique correctement suivie, mais imparfaite et dangereuse en soi.

Faisons à ce point de vue remarquer en passant L'ÉNORME IMPORTANCE DE LA QUESTION DE TECHNIQUE dans toutes ces occlusions que nous étudions . car si à elle seule elle a à son passif toutes les occlusions du deuxième groupe, dans la première catégorie nombre de cas sont le fait de l'inobservation par l'opérateur de certaines règles précises et toujours les mêmes en chirurgie abdominale, soit qu'il ait négligé de s'y conformer, soit qu'il ait été dans l'impossibilité de le faire.

Donc, *dans la première catégorie des occlusions* après gastro-entérostomie, que nous appellerons **banales** parce que **non spéciales à cette opération** nous rencontrons les faits rangés par Legueu sous les rubriques :

Occlusions sans obstacle mécanique ;

Et occlusions par obstacle indépendant du foyer opératoire ; exception faite pour les occlusions par bouton de Murphy, qui, elles, malgré la variabilité de leur siège ressortent nettement de la technique spéciale employée ;

Et nous y adjoindrons un certain nombre de cas d'occlusion siégeant au niveau même du foyer, à savoir :

Les *occlusions par adhérences, brides de péritonite localisée, ou lésions néoplasiques* ayant gagné en étendue ou s'étant généralisées.

Dans la deuxième catégorie des occlusions **spéciales à la technique de cette intervention**, nous trouvons :

Les occlusions par torsion ;

Les occlusions par compression du côlon transverse ;

Les occlusions par incarcération de l'intestin :

Soit *dans la brèche du mésocolon*, dans les anastomoses postérieures ;

Soit celles que nous décrivons comme incarcérations *dans le défilé prévertébral ;*

Enfin les *occlusions dues à l'emploi du bouton de Murphy.*

Mais c'est là un simple mode de groupement des faits classés suivant les divisions de Legueu, que nous proposons, parce qu'il nous paraît apte à bien mettre en lumière le point faible auquel dans chaque cas est due la production des accidents, et, conséquemment, à nous faire prévoir le moyen d'y remédier, et surtout de les prévenir.

Cette remarque faite, nous adopterons l'excellente classification de Legueu, grâce à laquelle il nous sera facile d'étudier le mode de production de l'occlusion dans chaque variété.

CHAPITRE I

PATHOGÉNIE

I. — OCCLUSIONS SANS OBSTACLE MÉCANIQUE

Nous serons extrêmement bref sur les occlusions après gastro-entérostomie sans obstacle mécanique, dont nous ne rapportons pas, d'ailleurs, d'observations.

Les faits d'**occlusion spasmodique**, dont Easterly Ahston, le premier, puis Jaboulay et Routier ont rapporté des cas, ont été observés à la suite de diverses interventions abdominales, mais jamais, à notre connaissance, après gastro-entérostomie. La pathogénie de cette forme d'occlusion, caractérisée par une contracture de la paroi de l'intestin, sur une longueur plus ou moins considérable et en un ou plusieurs points où le calibre est réduit jusqu'à obstruction complète, cette pathogénie, disons-nous, est encore mal élucidée et est ramenée à une perturbation dans les contractions physiologiques de l'intestin, peut-être sous l'influence des excitations produites du fait de la malaxation de l'intestin par le chirurgien. Si cela est, rien

d'impossible en ce cas que ces spasmes de l'intestin aboutissant à l'occlusion puissent se voir après la gastro-entérostomie.

Quant à **l'occlusion paralytique**, nous n'en avons pas non plus rapporté de cas, mais pour une autre raison : il nous eût été facile de prendre toutes les observations de gastro-entérostomie suivies de péritonite et de mort, et de relever dans ces observations les signes de l'occlusion par paralysie de l'intestin. Car telle est la seule cause de l'occlusion paralytique post-opératoire, qui, nous dit le professeur Terrier, n'existe pas en dehors de l'infection péritonéale, légère ou grave, si du moins on ne confond pas dans ce terme de paralysie, la très légère parésie de l'intestin qui suit toute intervention abdominale, et qui se traduit par cet arrêt des gaz pendant douze ou vingt-quatre heures, cette suspension des selles pendant vingt-quatre heures encore, auxquels nous sommes accoutumés. Or, dans les cas de péritonite généralisée post-opératoire la paralysie de l'intestin n'est plus qu'un épiphénomène et ne mérite pas, à notre avis, de description spéciale.

II. — OCCLUSIONS PAR OBSTACLE INDÉPENDANT DU FOYER OPÉRATOIRE

Nous serons bref également sur les occlusions par obstacle indépendant du foyer opératoire, car ce sont là, à l'exception des occlusions par bouton de Murphy, sur lesquelles nous nous étendrons un peu plus, complications qui se rencontrent après la gastro-entérostomie au même titre qu'après toute autre intervention abdominale, et n'ont rien à voir avec sa technique.

Occlusions par anomalie anatomique

Des occlusions par disposition anormale de l'intestin nous ne dirons qu'un mot : ce sont là des curiosités anatomiques qui réservent la même surprise après la gastro-entérostomie qu'après toute autre intervention portant sur l'intestin, et il n'est aucune règle à en déduire car on peut trouver dans cet ordre d'idées autant de variétés de longueur et de position des viscères qu'il est possible de l'imaginer.

L'observation que nous rapportons de Wessel (obs. I) est instructive cependant car elle nous montre un curieux

mécanisme d'occlusion par coudure des anses intestinales grêles, au niveau où elles se continuent avec la partie terminale de l'iléon dirigée transversalement au-devant de la colonne vertébrale, de gauche à droite, et suivant un trajet rétro-péritonéal, sans mésentère par conséquent. Cette tendance à la coudure existait déjà manifestement avant l'opération, mais elle avait été exagérée par la création de la bouche anastomotique entre la fin de la portion libre de l'iléon et l'estomac, l'anse terminale fixe de l'iléon ayant été prise pour le jéjunum.

De l'étude de ces faits, heureusement rares, nous devons conclure à la *nécessité de chercher soigneusement ses repères avant que d'établir son anastomose :* que si quelque chose paraît anormal, soit dans la situation, soit dans les connexions de l'angle duodéno-jéjunal, ou de ce qu'on pense être lui, avec la portion d'intestin voisine, on ne doit pas hésiter à se donner du jour et à exposer largement les parties à anastomoser, de façon à éviter une erreur dans l'abouchement.

Occlusion par volvulus

Nous n'avons trouvé qu'un cas de volvulus étendu de l'intestin au-dessous de l'anastomose, c'est celui de Hartmann (Obs. II), dont malheureusement l'observation a été égarée, au moins dans sa fin, de façon que nous manquons absolument de détails, et sur le siège de la torsion, et sur l'importance qu'on peut attribuer dans sa production à l'opération de gastro-entérostomie faite auparavant.

Aussi ne voulons-nous pas nous hasarder à bâtir des hypothèses sur ce cas et, vu l'absence de renseignements, à rattacher à l'opération elle-même la production de ce volvulus, d'autant que dans son étude si complète et si documentée sur le volvulus de l'intestin grêle et du cæcum, Guibé (1) ne signale nulle part dans la pathogénie de cet accident, les interventions abdominales comme pouvant en être la cause.

Par contre, de l'étude de l'observation de Preindlsberger (Obs. IV), d'occlusion située sur le grêle à une certaine distance, 80 centimètres, au-dessous de l'anastomose, nous pouvons nettement conclure que si la pathogénie de cet accident est assez complexe, en tout cas l'opération ne doit nullement entrer en cause dans sa production. En effet dans cette occlusion trois facteurs interviennent: le raccourcissement du mésentère au niveau du point où siégeait le volvulus, la rétraction cicatricielle de l'intestin à ce niveau, enfin la torsion autour de son axe de l'anse sus-jacente ou volvulus proprement dit. Le fait primitif était vraisemblablement cette stricture de l'intestin immédiatement au-dessus de laquelle s'était produit le volvulus. Quelle était la nature de ce rétrécissement? Très probablement, comme l'auteur le fait remarquer, il s'agissait d'une sténose tuberculeuse cicatricielle de l'intestin. Le raccourcissement et l'infiltration du mésentère à ce niveau en étaient le corollaire, produits par ce processus que Virchow a décrit sous le nom de « péritonite chronique mésentérique ». Quant au volvulus suivant l'axe de la portion de

1. Guibé. *Revue chirurgie*, 1907, mars-avril-mai-juillet.

grêle située au-dessous, il se serait produit secondairement et serait en tout comparable comme mécanisme au volvulus du segment iléo-cæcal, siégeant comme lui au point où se continuent deux segments intestinaux de calibres différents et de parois inégales comme épaisseur, à savoir l'anse distendue et au-dessous d'elle l'anse sténosée fixée à la colonne vertébrale. Ajoutons que pour Preindlsberger, la fixation de la partie supérieure de l'anse distendue, du fait de la gastro-entérostomie pratiquée, prédisposait encore à cette torsion axiale de l'anse.

Occlusions par brides

Mais des brides situées à distance du foyer opératoire, et qui peuvent se rencontrer aussi bien après toute autre intervention abdominale qu'après la gastro-entérostomie, peuvent aussi être observées.

Tel est le cas de Gross (obs. III) dans lequel une bride de péritonite adhésive siégeait à la région iléo-cæcale et avait amené une occlusion. Le rôle de l'acte opératoire dans la production de cette cause d'occlusion est indéniable dans ce cas : une résection étendue du pylore avait été pratiquée en outre de l'abouchement gastro-intestinal, et l'on sait que dans la gastrectomie l'hémostase est délicate et souvent pénible. Un suintement sanguin, demeuré aseptique, s'était produit, vraisemblablement après l'opération, qui avait fusé le long du côlon ascendant, à droite de la cloison antéro-postérieure formée par le mésentère, et était descendu de la sorte jusqu'à la fosse iliaque droite,

d'où péritonite plastique et formation de brides, facteurs d'étranglement.

Sans doute pareil accident n'a rien de spécial aux opérations gastriques et il est maintenant de notion banale que les collections sanguines ou purulentes de la cavité péritonéale tendent à se porter dans les parties déclives, vers la fosse iliaque droite si elles ont leur origine à droite du mésentère, vers le petit bassin si elles se sont formées à gauche de lui. Mais cette occlusion à distance, du fait de la péritonite adhésive succédant à un suintement sanguin au niveau du foyer opératoire, est un fait gros d'enseignement pour nous, en nous montrant la nécessité d'apporter dans toutes les interventions sur l'estomac, ce *souci de l'hémostase et d'une exacte péritonisation des surfaces cruentées* qui ne doit jamais quitter le chirurgien pratiquant une opération abdominale.

Il est encore d'autres variétés d'occlusions post-opératoires qui ont été décrites après des interventions autres que la gastro-entérostomie : nous voulons parler des *occlusions consécutives à l'emploi de la position de Trendelenburg*, et de celles *dues à l'imperméabilité de l'angle colique gauche*, et qu'a décrites Adenot (1).

De ces deux genres de cas nous n'avons pas trouvé d'exemples, et nous ne pensons pas qu'on puisse en observer après la gastro-entérostomie, car d'une part dans cette intervention la position de Trendelenburg n'est jamais usitée : tout au plus pourrait-on en cas d'incision abdominale faite un peu trop haut, comme d'ailleurs on a tendance à

1. Adenot. *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 15.

le faire, et d'estomac très dilaté, employer un léger degré d'inclinaison ; mais celle-ci est toujours insuffisante pour, à elle seule, provoquer des changements importants dans la situation des anses intestinales. D'autre part ces occlusions attribuées au Trendelenburg ont surtout été observées à la suite d'ablations de volumineuses tumeurs abdominales : et c'est dans ce seul cas également qu'a pu se produire l'exagération de la coudure de l'angle colique gauche, du fait de la traction exercée sur celui-ci par le côlon transverse, auquel vient à manquer le soutien que lui formait la tumeur. Or ces conditions ne se rencontrent nullement à la suite des opérations de gastro entérostomie.

Mais par contre il est d'autres cas d'occlusions siégeant à distance du foyer opératoire, qui, par contre, méritent de retenir notre attention : nous voulons parler des *occlusions dues à une migration défectueuse du bouton de Murphy*, dans le cas où ce moyen d'approximation des organes a été employé au cours d'une gastro-entérostomie. Ces cas ressortent nettement de la technique employée et ne devraient pas être rapprochés des précédents qui n'ont rien à voir avec la technique suivie.

Nous nous contentons de signaler le fait ici, nous réservant de revenir ultérieurement sur cette question, et cédons à l'usage en nous conformant à la classification de Legueu.

Occlusions par bouton de Murphy

Les occlusions par bouton de Murphy ou par tout autre bouton ou appareil d'approximation non résorbable, sont des accidents bien connus, et qui ont été observés avec une telle fréquence après les entéro-anastomoses pratiquées par ce moyen que son emploi, délaissé par beaucoup lorsqu'il s'agit d'anastomoser entre eux deux segments de l'intestin grêle, est universellement condamné au niveau du gros intestin : exception est faite seulement pour les entéro-rectostomies, car dans ce cas on a le bouton à portée de la main, et il est toujours facile de l'enlever s'il donne lieu à des accidents d'occlusion. Cette différence dans la fréquence des accidents suivant le siège de l'anastomose au bouton, s'explique par ce fait que, plus celle-ci siège bas sur le tube digestif, plus l'opérateur est obligé d'avoir recours à des boutons volumineux, donc éprouvant plus de difficultés à accomplir par la suite leur migration, et, pour si large que soit leur lumière, souvent encore elle est trop étroite pour n'être pas obturée par les matières pâteuses qui se trouvent dans le gros intestin. Au niveau de l'estomac, il n'en est pas de même : point n'est besoin *en général* pour donner libre passage au contenu gastrique, d'employer des boutons trop volumineux et à très grande lumière : les dangers d'occlusion ou d'impossibilité de migration sont donc moindres ; mais ils existent pourtant et nous n'en voulons pour preuve, en dehors des faits cliniques nous montrant la réalité de ces accidents, que

les tentatives faites par différents chirurgiens et par les constructeurs pour avoir, soit des boutons métalliques se divisant à un moment donné en plusieurs parties de façon que le volume primitif en fût diminué, et la migration assurée, tel le bouton de Garampazzi ; soit des appareils plus ou moins résorbables, dans la construction desquels on a fait entrer l'os décalcifié (Senn), l'ivoire (Boari et Doyen), etc.

Nombre d'auteurs en effet ont été témoins d'accidents consécutifs à l'emploi du bouton de Murphy : Murphy lui-même, Meyer, Albe, Kammerer, Brenner, Chaput, Dubois, Moynihan ont pu signaler des cas d'arrêt du bouton en un point quelconque du tube digestif, d'ordinaire dans le rectum (Monprofit) où il peut déterminer des phénomènes d'occlusion par suite de l'accumulation autour de lui, soit de corps étrangers (noyaux, etc.) soit de fèces durcies. Ne voyons-nous pas d'ailleurs dans l'observation que nous citons de Mayo (Obs. XVIII) deux jours d'occlusion vraie, du quatorzième au seizième jour après l'intervention, précédant l'évacuation du bouton et nettement due à son passage dans l'intestin. Si comme dans ce cas les phénomènes d'occlusion peuvent céder spontanément et n'être pas suivis d'autres accidents (car dans le cas de Mayo l'occlusion consécutive, vraie et durable, était due à l'incarcération d'une anse et était absolument indépendante de l'emploi du bouton) dans d'autres cas il n'en est pas de même, l'occlusion peut être mortelle, ou même en l'absence d'occlusion complète, le séjour prolongé du bouton en un point de l'intestin peut y déterminer un sphacèle des tuniques aboutissant à la perforation, d'où péritonite qui

emporte le malade, comme cela s'est produit dans les deux cas de Crepps : pareil reproche a d'ailleurs été adressé à la méthode par nombre de chirurgiens dont nous ne citerons que Demons, Quénu, Mynter, Delagenière, Delorme, Chaput. A ce propos le cas de Moynihan (1901) est particulièrement intéressant, car il put chez un garçon de six ans, par la radiographie, étudier la marche d'un bouton de Murphy, et saisir sur le fait son arrêt en un point de l'intestin où il détermina plus tard une perforation.

D'ailleurs Czerny, le maître de Petersen, très chaud partisan du bouton dans la gastro-entérostomie puisqu'il a fait de son emploi un point spécial de leur technique, nous met lui-même en garde contre les dangers de ce mode d'anastomose en nous signalant, au Congrès international de chirurgie de 1905, outre deux cas où il dut par une gastrotomie aller chercher le bouton tombé dans l'estomac, la relation d'une autopsie d'un de ses gastro-entérostomisés mort de pneumonie qui démontra l'enclavement du bouton dans l'intestin.

Nous voyons par l'étude de ces faits que ce n'est jamais sans un peu d'appréhension que le chirurgien peut abandonner un bouton de Murphy dans une anastomose qu'il vient de créer : faut-il pour cela condamner absolument ce mode d'approximation ? C'est un point que nous étudierons plus tard quand nous traiterons de la prophylaxie des accidents d'occlusion par le choix d'une technique.

III. — OCCLUSIONS SIÉGEANT AU NIVEAU DU FOYER OPÉRATOIRE

Occlusions par adhérences et par brides

Nous réunissons sous le même chef les occlusions par adhérences et par brides, car si leur symptomatologie est un peu différente, les brides donnant souvent lieu à des phénomènes brusques d'étranglement interne, au lieu que l'occlusion par adhérences a d'ordinaire des allures chroniques progressives, leur étiologie est toujours la même : dans les deux cas il s'agit d'une *réaction de la séreuse péritonéale au niveau du foyer opératoire, que cette réaction soit consécutive à l'intervention pratiquée*, du fait d'une hémostase imparfaite, de la présence de surfaces dépéritonisées, ou d'une légère infection ; *ou bien qu'elle soit le fait de l'affection, ulcère avec périgastrite, ou surtout cancer, pour laquelle on sera intervenu.* Cette seconde catégorie de faits ne devrait pas, à vrai dire, rentrer dans les occlusions post-opératoires : il est certain par exemple que dans le cas que nous avons rapporté de Baudet (Obs. VIII), seule la récidive du néoplasme pour lequel avait été pratiquée la gastrectomie, était la cause des accidents d'occlusions. Il nous paraît non moins évident que, bien que l'observation de Lacens-

TEIN (Obs. VII), soit assez peu explicite, la coudure de l'anse efférente déterminée par sa situation anormale et sa fixité dans l'hypochondre droit, soit le fait de cette généralisation cancéreuse dont il est dit un mot. Les conditions sont encore de tous points semblables lorsqu'un paquet de ganglions néoplasiques vient comprimer l intestin au-dessous de l'anastomose, comme dans le cas d'OTTO MAYER que nous rapportons (Obs. IX). Dans tous ces cas, les choses se seraient passées exactement de même si l'on n'était pas intervenu ; il n'y a entre la gastro-entérostomie et l'apparition des accidents d'occlusion qu'une simple coïncidence.

Mais il n'est pas toujours aussi facile de faire la part entre l'opération et l'affection primitive dans la production de l'occlusion. Dans quels cas, en effet, intervient-on par une gastro-entérostomie ? pour ulcus ou pour cancer. Or nous savons que ces deux affections peuvent, à un moment donné de leur évolution, s'accompagner de périgastrite, d'adhérences plus fréquentes sans doute en cas de néoplasme, mais qui sont loin d'être une rareté dans l'histoire de l'ulcus. Étaient-ce des brides de périgastrite dues à son ulcus, ou un reliquat de l'opération qu'il avait subie, qui déterminèrent des troubles de circulation du contenu stomacal, chez ce malade dont M. RICARD nous entretint, comme le seul chez qui il vit apparaître des signes de mauvais fonctionnement de l'anastomose après l'emploi de son procédé de suspension verticale ? Il réintervint, trouva plusieurs anses grêles agglutinées en paquet par des adhérences solides, exactement comme dans le cas de Monprofit, les libéra et obtint la guérison. Dans le cas de MONPROFIT (Obs. V), par contre il nous paraît, bien que

seule l'intervention doit être incriminée. Là, en effet, il y a dans les suites de la gastro-entérostomie de quoi expliquer la formation d'adhérences : cette éventration au deuxième jour avec l'intestin faisant issue dans le pansement, et que l'on dut rentrer, naturellement plus ou moins souillé.

De même dans le cas de Schröter (obs. VI) pour si complexe que soit le processus ayant amené les phénomènes d'occlusion, il nous semble que le grand rôle doit être attribué à la réaction péritonéale consécutive à l'acte opératoire. L'hypothèse même d'accidents infectieux, bien probables pourtant, étant mise de côté, il est bien évident que cette déchirure du mésentère, passée inaperçue au cours de l'opération, et dans laquelle secondairement s'était étranglée une anse, avait dû saigner abondamment ; et ce soi-disant « volvulus » de la partie moyenne de l intestin grêle dont parle l'auteur a de grandes chances de n'être qu'un magma d'anses fixées par péritonite adhésive, en une position peut-être un peu anormale. C'est pourquoi, malgré l'étiquette de cette observation, nous n'avons pas voulu le ranger dans les occlusions par torsion pure. Nous avons presque été tenté d'avoir le même scrupule au sujet de l'observation de Lünd (obs. XIV) car là encore l'adhérence mentionnée, qui fixait à droite à la cicatrice abdominale l'anse efférente tordue dans ce sens, avait évidemment une grosse part dans l'occlusion de cette anse : pourtant la torsion nous a paru assez nette dans ce cas pour que nous l'admettions dans cette catégorie de faits.

Et cependant, malgré ces quelques cas que nous venons d'énumérer, bien peu fréquentes relativement sont après la gastro-entérostomie les occlusions par adhérences et par

brides, qui, après les autres interventions abdominales, constituent *de beaucoup* (Lenclos) la classe la plus nombreuse des occlusions post-opératoires. Cela tient à la péritonisation parfaite qu'il est toujours possible de faire, puisque l'opérateur peut toujours choisir pour les anastomoser, et sur l'estomac, et sur l'intestin, des points dépourvus d'adhérences ; cela tient également à la simplicité et à la perfection de l'hémostase, chaque fois qu'il s'agit de gastro-entérostomie simple, non associée à une gastrectomie, et aussi à l'absence de drainage qui est la règle dans ces opérations. Le drainage intra-péritonéal, en effet, de même que le tamponnement à la Mickulicz, est un facteur important d'occlusion, du fait de la péritonite adhésive qu'il provoque tout autour Or maintenant telle est la perfection de la technique, on sait si bien protéger le champ opératoire contre l'issue du contenu stomacal et intestinal remarquablement peu septique du reste, tout au moins le premier, que le chirurgien peut, dans l'immense majorité des cas, sans pécher par présomption, terminer l'opération sans drainer, ce qui est un avantage considérable, non seulement au point de vue des adhérences que crée toujours la présence d'un corps étranger dans le péritoine, mais de la solidité de la paroi, toujours plus précaire que dans les laparotomies sous-ombilicales.

Occlusions par compression

1° Par compression de l'anse efférente

Les causes d'occlusion que nous venons d'énumérer dans le paragraphe précédent, nous les retrouvons ici :

Soit bride ou adhérence de péritonite, formant une corde qui passe au-devant de l'anse anastomosée, comme dans le cas de Gross (obs. X) ; soit généralisation cancéreuse, avec paquet ganglionnaire dans le mésentère de cette anse et la comprimant comme dans le cas de Otto-Mayer (obs. IX). — Nous n'avons rapporté *in extenso* que ces deux cas, mais il en existe d'autres relatés dans la littérature, et Herczel, de Budapest, au Congrès international de Chirurgie de 1907, a apporté deux cas personnels de compression de l'anse efférente, ayant amené, dit-il, des phénomènes de *circuus vitiosus* et s'étant produits, l'un après une opération antérieure de Wölfler, l'autre après un von Hacker ; et Lorenz (1) a apporté un autre cas de Hochenegg au Congrès de l'Association allemande de Chirurgie de 1906.

Nous ne faisons que signaler ici les cas d'obstruction de la bouche anastomotique elle-même, que nous avons éliminés dès le début de cette étude comme étant l'équivalent de la sténose pylorique et non de l'occlusion intestinale. Disons cependant que Tavel (2) a étudié à fond ces cas au sujet du *circulus vitiosus*, et a montré que pouvaient être mis en cause dans la production de cet accident : soit l'invagination de l'orifice stomacal dans la branche efférente ; soit la rétraction de la bouche anastomotique, cicatricielle ou par tension des fibres musculaires de l'esto-

---

1. Lorenz. *Verhandl, der deutsch. Gesellschaft für Chir.* 1906, p. 90.

2. Tavel. *Rev. chir.* 1901, t. II, p. 686.

mac ; soit enfin la coalescence des bords opposés de l'anastomose par suture muco-muqueuse insuffisante.

Mais on a vu la branche efférente comprimée au-dessous de l'anastomose, après la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, du fait de la *rétraction cicatricielle de la brèche du mésocolon*. Steudel en rapporte un cas de Czerny où l'occlusion s'est manifestée quelques semaines après l'opération primitive. C'est précisément pour éviter cet accident qu'il est recommandé de fixer par quelques points de suture a l'estomac l'ouverture du mésocolon : on prévient à la fois de la sorte l'enserrement de l'anse anastomosée, et, comme nous le verrons tout à l'heure, l'issue par la brèche mésocolique des anses grêles dans l'arrière-cavité des épiploons.

Doyen a signalé en outre la *compression de la branche efférente par le côlon transverse*, A la rigueur, il est possible que le côlon, distendu de façon exagérée puisse comprimer l'anse intestinale située au voisinage, et de fait l'anse efférente est dans des conditions particulièrement défavorables, puisque, fixée en haut, à peu de distance, elle ne peut fuir la pression. Mais il nous paraît bien aléatoire, que le côlon puisse comprimer cette anse, soit contre la paroi abdominale postérieure, si l'on a employé un procédé transmésocolique, soit contre la paroi abdominale antérieure, après un procédé antérieur, au point d'amener de l'occlusion véritable.

Ce doivent être là, en tous cas, éventualités bien rares, au lieu que nous allons voir avec quelle facilité, dans le procédé de Wölfler, anse afférente et côlon transverse se

compriment mutuellement, le côlon ayant surtout à souffrir du voisinage de l'anse anastomosée.

2° Par compression du côlon transverse.

Cette variété d'occlusion, bien connue depuis longtemps, est SPÉCIALE A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE suivant le procédé de Wölfler et *ressort nettement de la technique employée.* BILLROTH, HEIDENHAIN en ont rapporté des cas, et si nous nous sommes contenté de relater ceux de LUCKE (Obs. XI) et de LAUENSTEIN (Obs. XII), c'est parce qu'ils nous montrent que le danger est de deux côtés, *l'agent d'étranglement pouvait être constitué par l'anse afférente,* comme dans le dernier cas, *ou par le mésentère de l'anse anastomosée*, comme dans l'observation de Lücke.

Le mécanisme de cette variété d'occlusions est aisé à comprendre, et à l'examen d'une opération de Wölfler schématisée, le point faible de la méthode saute d'emblée aux yeux.

Dans cette opération, en effet, l'anse afférente passe au-dessous du côlon transverse et du grand épiploon, les embrassant dans sa concavité. La corde qu'elle forme, ou que forme son mésentère, au lieu d'être appliquée simplement à la face inférieure du côlon, le comprime-t-elle légèrement, voilà l'occlusion amorcée et qui va se constituer d'autant plus que l'intestin se distendra davantage en amont de l'obstacle.

Il est, en outre, une éventualité qui se produit trop sou-

vent après la gastro-entérostomie antérieure, et qui contribue fortement à amener la compression du côlon par l'anse afférente : nous voulons parler du déversement de l'estomac dans la branche afférente, du CIRCULUS VITIOSUS. L'anse se distend alors de façon considérable, fermant de plus en plus l'angle ouvert en haut dans lequel est emprisonné le côlon, et l'occlusion, complète ou non, s'installe concurremment avec les accidents de circulus. L'observation de DESFOSSES, dont nous donnons le schéma (1), est particulièrement intéressante à ce sujet, bien qu'il n'y ait pas d'étranglement vrai, ce qui nous a empêché de la citer avec les autres.

Gastro-entérostomie antérieure de Wölfler, pour cancer du pylore. On recherche la première anse du jéjunum. On fait la manœuvre de Rockwitz.

Vomissements le jour même de l'opération, de trois quarts de litre de matières alimentaires.

L'affaiblissement va en progressant. Mort à la fin du troisième jour, sans vomissements.

A l'autopsie, pas de péritonite. Dilatation considérable du duodénum et vacuité du bout périphérique. *Le contenu gastrique s'engage dans le duodénum et nullement dans le jéjunum.* Il est encore facile de voir que le *côlon transverse se trouve pincé en son milieu par l'anse placée au devant de lui. Néanmoins il n'y a pas d'étranglement* et le cours des matières n'est pas arrêté à ce niveau.

Mais, dira-t-on, il est facile de laisser une longueur d'in-

1. Desfosses. *Bullet. Soc. anat.*, 1893, p. 529.

testin suffisante entre l'angle duodéno-jéjunal et l'anastomose, pour que le côlon ne coure pas le risque d'être comprimé par l'anse afférente ou son mésentère. Sans doute, et voici longtemps qu'il est classique de conseiller de laisser libre 40 à 50 centimètres d'intestin pour laisser toute liberté au côlon. Mais alors un autre inconvénient se

Fig. 1

produit, sur lequel nous allons d'ailleurs revenir : un hiatus se forme au-dessous et en arrière du côlon, entre le mésocôlon et l'anse grêle trop lâche, hiatus dans lequel peuvent s'engager des anses et ainsi se constitue une nouvelle variété d'occlusion. Et c'est un dilemme dans lequel on est enfermé ; *ou prendre une anse courte, juste, et risquer la compression du côlon ; ou la prendre lâche et laisser un hiatus qui va être un nid à étranglement.*

Occlusions par torsion

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici l'étude de ces cas, déjà signalés par nous, de torsion d'une portion de l'intestin autre que l'anse anastomosée, tels les cas de Preindlsberger (Obs. IV) où une torsion d'une anse existait au dessus d'un rétrécissement, ou de Hartmann (Obs. II) et de Schröter (Obs. VI) de volvulus de l'intestin.

Nous voulons ici seulement nous occuper des cas où l'anse jéjunale anastomosée a subi une torsion, soit au moment même de l'intervention et par la faute de l'opérateur, comme dans le cas de Peham (Obs. XIII), soit secondairement comme dans l'observation de Lund (Obs. XIV).

Disons de suite que si nous avons signalé cette dernière observation, ce n'est pas qu'elle nous parût absolument probante au point de vue du rôle de la torsion dans l'éclosion des accidents : en effet, une adhérence fixait l'anse efférente dans sa position vicieuse, la coudait vraisemblablement en ce point et était probablement le principal facteur d'occlusion.

Au contraire le rôle de la torsion ne peut pas être mis en doute dans l'observation de Peham, particulièrement intéressante, car elle nous montre quel danger peut être une faute dans l'orientation de l'anse à anastomoser dans la gastro-entérostomie antérieure par la méthode de Wölfler. On sait, en effet, que pour se mettre, autant que possible, à l'abri du circulus vitiosus, il importe de placer l'anse intestinale anastomosée en isopéristaltisme avec l'es-

tomac, ce à quoi aboutit la *manœuvre* de Lucke-Rockwitz par laquelle on place à droite (par rapport au malade s'entend) la branche efférente de cette anse, à gauche la branche afférente ; on complète cette manœuvre en fixant, suivant la méthode de Lauenstein, l'anse afférente gauche, en amont de l'anastomose et à un niveau plus élevé que celle-ci.

D'habitude l'exécution de la manœuvre de Lücke-Rockwitz est très simple : l'anse intestinale choisie pour l'anastomose se présente à travers l'incision abdominale, verticalement descendante, ayant en haut son extrémité duodénale, en bas son extrémité iléale : il suffit dès lors de relever d'un peu moins de 90 degrés la portion inférieure iléale, lui faisant décrire un quart de cercle dans le sens des aiguilles d'une montre et la portant vers la partie droite de l'estomac ; en même temps l'anse afférente, jéjunale, est portée à gauche de l'estomac, de façon que la ligne de contact de l'intestin et de l'estomac ait une direction oblique en bas et à droite. Cette position de l'anse anastomosée en isopéristaltisme avec l'estomac, nécessaire aussi bien dans la gastro-entérostomie postérieure que dans l'antérieure, se fait bien et est très facile à contrôler quand on a recherché et que l'on n'a pas perdu de vue l'angle duodéno-jéjunal, point de repère essentiel. Dans la gastro-entérostomie postérieure rétrocolique, on voit toujours cet angle car l'anastomose porte à peu de distance de lui. Il n'en est pas de même dans la gastro-entérostomie antérieure de Wölfler, où l'on est obligé de laisser une longueur d'anse intermédiaire à l'anastomose et à l'angle beaucoup plus grande, et où cet angle est mas-

qué par le côlon rabattu au devant de lui, et ainsi s'expliquent au cours de cette opération des erreurs d'orientation de l'anse anastomosée qui ont pu arriver aux opérateurs même les plus expérimentés. Hartmann nous rapporte un cas personnel où, par la faute d'un aide, il fit exécuter à l'anse jéjunale choisie une torsion d'un quart de tour en sens inverse, c'est-à-dire en sens contraire des aiguilles d'une montre, et plaça l'intestin en antipéristaltisme par rapport à l'estomac ; il fixa, suivant la manœuvre de Lauenstein, la branche efférente, située à gauche et qu'il prenait pour l'afférente, en situation plus élevée que l'anastomose, et son malade présenta du circulus vitiosus, mais non de l'occlusion intestinale car les deux anses ne se croisant pas réciproquement ne pouvaient se comprimer l'une l'autre. Peham, dans son cas, avait eu le tort de ne pas rechercher systématiquement l'angle duodéno-jéjunal ; comme Hartmann il fit exécuter à l'anse choisie une torsion en sens inverse, en sens contraire des aiguilles d'une montre, mais au lieu comme lui de borner cette torsion à un quart de tour, il lui fit décrire un arc de 180 degrés : de cette façon l'anse anastomosée était bien placée en isopéristaltisme avec l'estomac, mais *l'anse efférente se plaçait derrière l'afférente au lieu d'être placée en avant, et le mésentère, tordu en corde au-dessous de l'anse efférente, la comprimait*, comme le montre le schéma que nous avons joint à son observation, après avoir répété cette torsion sur le cadavre. (Fig. 16, p. 153.)

Il ne faudrait pas croire que cette torsion de l'anse anastomosée soit un fait isolé, et, partant, facile à éviter avec les procédés classiques. Outre ces cas de Hartmann et de

Peham, d'autres ont été rapportés et si nous ne les avons pas signalés dans nos observations, c'est que dans ces cas il n'existait pas de compression de l'anse efférente, et que, par suite, le tableau symptomatique des accidents était celui du circulus vitiosus et non celui de l'occlusion telle que nous le comprenons. Staffel (1) nous signale une torsion de l'anse anastomosée *au cours d'une opération de Wölfler :*

Le malade mourut quatre jours après l'opération avec des vomissements continuels. A l'autopsie aucune trace de péritonite. L'anse suturée à l'estomac appartient à la partie supérieure du jéjunum. L'estomac, le duodénum et la partie supérieure du jéjunum sont fortement distendus jusqu'au niveau de l'anastomose. *L'anse jéjunale est juste à cet endroit contournée autour de son axe.*

Celos (2) nous rapporte également un fait de torsion de l'anse *après une gastro-entérostomie postérieure :*

« Néoplasme du pylore avec sténose. Gastro-entérostomie postérieure le 22 décembre 1900. «L'estomac fut abouché avec une anse du jéjunum qui faisait suite au duodénum, et on évita la disposition qui aurait pu créer le circulus vitiosus. »

A la suite, vomissements bilieux incessants. Accidents de circulus. (Adynamie). Mort en quarante-huit heures.

A l'autopsie, rien du côté de la bouche anastomotique, mais *l'anse était tordue en 8 sur elle-même.*

---

1. Staffel. *Volkmann s. Klin. Vortr.* 342, *in Petersen.*
2. Celos. Th. Paris, 1902, p. 301, obs. 103.

Elle n'était pas dilatée, ne portait pas trace de constriction au croisement. »

Dans tous les cas la torsion s'est produite *suivant un axe perpendiculaire au segment intestinal correspondant à l'abouchement* autrement dit, *suivant un axe vertical*, le sommet de l'anse étant tourné vers le haut.

Mais cependant il peut aussi, quoiqu'infiniment plus rarement, se faire un *volvulus suivant l'axe horizontal* parallèle à la grande courbure de l'estomac dans sa partie déclive, comme en témoigne le cas rapporté par Kappeler (1) dans lequel l'anse afférente tordue et passant au-dessus de l'anastomose, comprimait l'anse efférente située en arrière d'elle :

Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure avec suture, exécutée avec la suspension à l'estomac de l'anse afférente et efférente recommandée par Kappeler.

Les suites opératoires paraissaient d'abord favorables. Pourtant le cinquième jour survinrent inopinément des vomissements qui se reproduisirent par intermittences et forcèrent le onzième jour à recourir à une seconde opération.

Après laparotomie, on trouve, après avoir relevé l'estomac une portion d'intestin très distendue, *à cheval sur la suture de l'anastomose gastro-jéjunale* : c'est *l'anse intestinale afférente*, renversée vers le gauche. En attirant à droite cette anse intestinale distendue, on découvre *sous celle-ci l'anse efférente, horizontale*, suturée et adhérente à l'estomac, qui paraît *comprimée et vide*. La grande courbure de l'estomac, énormément

1. Kappeler. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Bd. 49, n° 50 (Traduction personnelle).

distendue et paralysée, descendait en outre au-devant de l'anastomose, la comprimait et la fermait ; et cette fermeture de la fistule était complétée par la *compression de l'anse afférente, démesurément longue* et distendue (1).

On fit une *entéro-anastomose entre l'anse afférente et l'efférente* et le malade guérit.

Dans les faits que nous venons de citer, *la torsion nous paraît bien s'être produite au cours même de l'opération :* sauf le cas de Peham qui ne prête à aucune ambiguité, elle a pu n'être pas aussi prononcée à ce moment. Mais il en existait néanmoins une ébauche. Ce point a une importance toute particulière, car nous verrons tout à l'heure en étudiant les cas d'incarcération prévertébrale rapportés par Petersen après des gastro-entérostomies postérieures (obs. XIX, XX et XXI) que cet auteur invoque comme cause prédisposante à cette incarcération la torsion primitive de l'anse anastomosée, suivant son axe mésentérique vertical, portant en arrière de l'afférente la branche efférente : cette torsion, dit-il, est le fait capital, elle est le fait de l'opérateur et est due à l'emploi du bouton de Murphy dont l'orientation est modifiée au moment du serrage des deux pièces. De même Budder (obs. XVII) et Mayo (obs. XVIII) apportent également des cas où, après des gastro-entérostomies antérieures, l'étranglement du grêle au-dessous du mésocolon s'accompagnait également d'une torsion du même genre de l'anse anastomosée.

---

1. Cette anse s'était nécessairement *tordue* pour venir passer au devant de l'anse efférente et la comprimer.

Nous verrons tout à l'heure ce que nous pensons de cette torsion, si elle est primitive ou secondaire, et si nous la croyons absolument nécessaire pour préparer et amener l'incarcération.

Disons cependant de suite que nous n'avons pas retrouvé dans les observations de torsion, suivant l'axe vertical, sans incarcération, de cas où l'emploi du bouton de Murphy ait été signalé et ait pu être incriminé. Mais faisons cependant remarquer que *si cette torsion peut se produire quand le sommet de l'anse anastomosée n'est fixé à l'estomac que sur la petite surface correspondant au diamètre d'un bouton de Murphy, il n'en est évidemment pas de même si par des sutures on fixe estomac et intestin sur une assez grande étendue, surtout dans le sens vertical*, et nous reviendrons sur ce point quand nous nous occuperons des procédés de gartro-entérostomie mettant à l'abri de ces accidents.

Occlusions par étranglement dans la brèche mésocolique

Cette complication, inutile de le dire, est spéciale aux opérations transmésocoliques, dont le type le plus couramment employé est l'opération de von Hacker avec anastomose du jéjunum à la face postérieure de l'estomac. Les faits d'étranglement de l'intestin grêle, dont *une ou plusieurs anses, parfois même la totalité du paquet intestinal fait issue dans l'arrière-cavité des épiploons.* sont bien connus aujourd'hui.

En effet, outre les faits que nous avons donnés, de Sick (obs. XV) et de Terrier (obs. XVII), après les opérations de von Hacker, Routier a rapporté à la Société de

chirurgie en décembre 1900, le cas d'un malade à qui il fit une gastro-entérostomie postérieure, et chez lequel il observa l'issue de tout le paquet intestinal à travers la brèche mésocolique dont un point avait lâché, d'où vomissements incessants. Deux jours après il réintervint et pratiqua une gastro-entérostomie en Y:

Moynihan, cité par Gray, signale également un cas d'étranglement transmésocolique du grêle, et nous en avons relevé un autre cas de Barker.

Des faits de même ordre ont également été observés après des opérations de Courvoisier, où l'on amène à la face *antérieure* de l'estomac une anse jéjunale attirée à travers une *double brèche, du mésocolon transverse et de l'épiploon gastro-colique*. Desfosses (1) nous rapporte un cas de ce genre :

A l'autopsie d'un malade ayant subi une opération de Courvoisier, j'ai trouvé l'intestin engagé *à travers la brèche du mésocôlon transverse, et celle du ligament gastro-colique :* l'intestin grêle tout entier était passé à travers ces orifices et se trouvait situé en avant du côlon transverse qu'il refoulait contre la colonne vertébrale ; pourtant il n'y avait pas d'étranglement. Dans ce cas le chirurgien n'avait pas suturé les bords des deux orifices du mésocolon et du ligament gastro-colique.

Voici donc un cas où l'intestin n'était pas resté dans l'arrière cavité des épiploons, et avait traversé la boutonnière gastro-colique ; mais il peut, après l'opération de Courvoisier, ne pas franchir cette deuxième étape, et

1. Desfosses. Th. Paris, 1898.

Zikov (1) nous rapporte un cas où l'intestin était resté étranglé dans la loge rétro-gastrique ; il intervint, mais son malade mourut le troisième jour de péritonite.

Dans ces cas d'étranglement à travers la boutonnière mésocolique, c'est, avons-nous dit, l'intestin grêle qui sur une plus ou moins grande longueur, s'engage dans l'arrière-cavité des épiploons. Doyen a cependant signalé une observation dans laquelle c'étaient les parois du côlon qui se trouvaient pincées dans la boutonnière.

De l'étude de ces faits, un point ressort clairement, devenu de notion courante maintenant, c'est la *nécessité d'une suture soigneuse des lèvres de la brèche mésocolique à la face postérieure de l'estomac*, de façon à fermer absolument l'arrière-cavité des épiploons.

Occlusions par incarcération prévertébrale

Cette variété d'occlusion, dont nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas, n'est connue que par les travaux de Petersen, le premier qui ait vu des cas de ce genre et qui ait étudié cette question. Nous avons donné *in extenso* six observations d'accidents de cette variété, outre notre cas personnel. Mais Leriche (2) signale deux morts dues à cette variété d'étranglement interne après gastrectomie pour cancer, et ajoute que Steinhal aurait récemment eu une mort par le même mécanisme. En outre Bréchot (3) cite, dans son travail sur la pylorectomie dans

1. Zikov. *Khirurgia,* 1901, oct., n° 58.
2. Leriche. *De la gastrectomie.* Th. de Lyon. 1905.
3. Bréchot. *Rev. chir.*, 1907, t. I, p. 296.

les sténoses bénignes du pylore, Mayo Robson comme ayant également observé un de ces cas, ce qui porterait à dix le nombre des faits de ce genre que nous connaissons.

Parmi les cas que nous avons rapportés, deux seulement appartiennent à des gastro-entérostomies antérieures, les autres ressortent de gastro-entérostomies transmésocoliques, toutes postérieures, sauf dans un cas de Petersen (obs. XX) où la gastro-entérostomie fut faite comme dernier temps d'une pylorectomie : dans ce cas le jéjunum attiré à travers une brèche du mésocolon fut abouché à la face antérieure du moignon gastrique : mais peu importe, les conditions anatomiques sont dans ce cas exactement les mêmes, au niveau de l'étage sous-mésocolique, qu'après une opération de Von Hacker.

C'est en effet dans les dispositions anatomiques créées par l'intervention que réside tout l'intérêt de la question : COMMENT EST CONSTITUÉ CET HIATUS DANS LEQUEL SE PRODUIT L'ÉTRANGLEMENT, voilà ce que nous allons successivement étudier, dans le cas de gastro-entérostomie antérieure et de gastro-entérostomie transmésocolique.

Dans la gastro-entérostomie antérieure, l'anse afférente est nécessairement laissée longue à partir de l'angle duodéno-jéjunal, puisqu'au-dessus d'elle doit passer le côlon transverse avec son tablier épiploïque, et pour que ces deux segments intestinaux, branche afférente et côlon, ne se compriment pas l'un l'autre, *on recommande toujours de prendre l'anse un peu trop longue* de façon qu'elle ne soit pas même en contact avec le côlon au

moment où l'intestin est vide, comme c'est le cas au cours de l'opération.

Le point d'insertion vertébrale du segment mésentérique correspondant au point choisi sur le jéjunum pour l'anastomose répond a un niveau sensiblement plus bas situé que la racine du mésocolon transverse : à partir de ce point le mésentère se tend d'arrière en avant, en dos d'âne, jusqu'au sommet de l'anse anastomosée, formant une sorte de toit à deux versants, droit et gauche, et dont l'arête regardant en haut, reste distante du mésocolon, et même, théoriquement, du côlon transverse.

Une large fente, orientée dans le sens sagittal, est ainsi constituée : elle est limitée en haut pas le mésocôlon transverse et le côlon avec le grand épiploon qui lui est appendu, en bas par la corde mésentérique tendue d'avant en arrière ; en arrière sa limite est constituée par la colonne vertébrale que double en haut le pancréas ; en avant la limite anatomique de cette fente est formée par l'anastomose gastro-intestinale, à laquelle aboutit la corde mésentérique.

Mais en fait le grand épiploon vient tomber en rideau entre la *partie postéreure, praticable*, de ce défilé, et sa partie antérieure, plus rétrécie, plus haut située est séparée par l'épiploon des anses grêles qui n'ont pas tendance à venir s'y engager comme dans la postérieure. *C'est donc dans ce cas l'épiploon et, partant, le côlon transverse qui forme la limite antéreure de cette fente.*

Dans la gastro-entérostomie, transmésocolique, c'est-à-dire **dans l'opération de Von Hacker,**

les choses se passent exactement de même POUR PEU QUE L'ON PRENNE UNE ANSE AFFÉRENTE UN PEU LONGUE et nous reviendrons sur ce point quand nous étudierons les différents procédés de gastro-entérostomie au point de vue de leur rôle dans la production des occlusions.

Dans ce cas donc, *la corde mésentérique à direction sagittale se tend de l'anastomose, de la brèche mésocolique, à un point plus ou moins bas situé de la racine du mésentère, mais toujours distant, en arrière, de la racine du mésocôlon. Ainsi est constitué un espace triangulaire à sommet antérieur, limité en haut par le côlon transverse, en arrière par la colonne vertébrale et le pancréas, en bas par le toit mésentérique à deux versants droit et gauche dont nous avons parlé.*

Cet espace n'est pas une simple vue de l'esprit ; il existe toujours, nécessairement, et la meilleure preuve c'est qu'il est classique de l'utiliser pour y placer au cours de l'intervention cette compresse, dite COMPRESSE-BILLOT, qu'on étend sous l'estomac, contre la racine du mésocôlon et par-dessus laquelle on rabat l'anse choisie pour l'anastomose avec son mésentère. Il est moins praticable évidemment, sauf si l'opérateur exagère la longueur de l'anse afférente, que celui que laisse à sa suite l'opération de Wölfler, mais, nous le répétons, *il existe toujours après la gastro-entérostomie postérieure de Von Hacker, même à anse très courte, comme la fait Petersen, du moment qu'il n'a pas été fermé par des sutures.*

Le rôle de cet HIATUS SOUS-MÉSOCOLIQUE, PRÉVERTÉBRAL, peu importe de quel nom qu'on l'appelle, est capital selon nous. Petersen, qui a fait une magistrale étude de la ques-

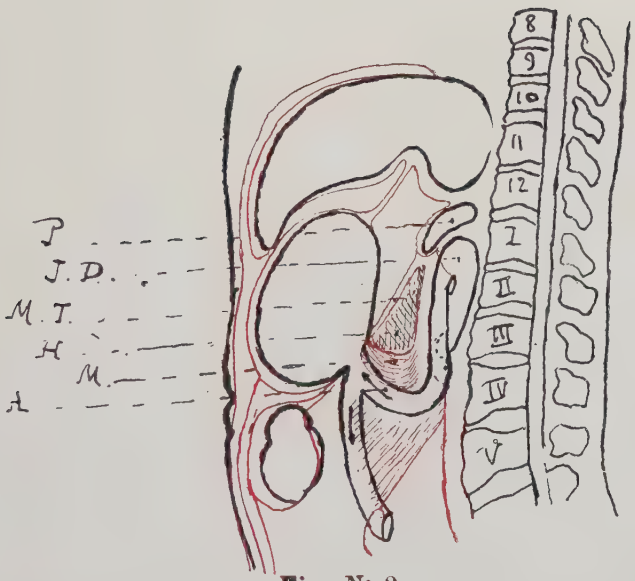

Fig. N° 2.

J. D. — Angle jéjuno-duodénal.

A. — Branche afférente de l'anse anastomosée.

M. T. — Mésocolon transverse.

M. — Repli mésentérique soulevé.

H. — Hiatus sous-mésocolique.

tion, a l'air préoccupé, plus que de l'existence de ce défilé, de se demander pourquoi des anses s'engageront dedans, et quelle anse s'engagera la première.

Il est bien certain, *a priori*, qu'une anse est plus exposée que les autres, plus tentée d'aller se faire pincer, c'est la plus proche, donc la première portion de l'anse efférente. Mais le piège est tendu à toutes les autres, et dans notre cas (obs. XXIII) ce n'était pas le début de l'anse efférente qui s'était engagé : 50 centimètres de jéjunum

Fig. 3

Compresse Billot mise en place.

restaient libres entre l'anastomose et le commencement de l'incarcération.

Dans ce cas il n'est donc pas possible d'invoquer cette *torsion autour de son axe de l'anse anastomosée, portant la branche efférente en arrière de l'afférente, en face du défilé.* C'est à cette torsion que Petersen fait jouer le rôle principal dans la genèse des accidents : elle serait le fait primitif, et si l'incarcération elle-même, dit-il, ne se produit pas et ne doit pas se produire au cours de l'intervention, par contre cette rotation, cette orientation vicieuse de l'anse placée, branche afférente en avant, branche efférente en arrière, existe constamment dans les faits relatés, et est le fait du chirurgien.

Quelles en sont les causes ? La première, et la principale de toutes, est dans *l'usage du bouton de Murphy* qu'on emploie couramment à la clinique d'Heidelberg, et voici comment Petersen explique que l'opérateur puisse, au moment du serrage des deux pièces du bouton, changer inconsciemment l'orientation d'une anse d'abord convenablement disposée : « Voici, dit-il, quelle est notre technique : nous saisissons la moitié stomacale du bouton de la main gauche, la moitié intestinale de la main droite, et nous serrons les deux pièces. Dans ce dernier mouvement, il peut se faire que, tout à fait involontairement, on abaisse le pouce de la main droite, et ce faisant, on repousse en arrière l'anse efférente au lieu de la laisser à droite... Qu'on produise à ce moment une torsion légère, de 40 à 60 degrés, et voilà l'incarcération amorcée. »

Autre cause de rotation de cette anse : la fameuse *compresse-billot* dont nous avons déjà parlé, et qui est glissée en arrière des viscères à aboucher : une fois l'anastomose terminée, on la retire de la main droite, donc par

la gauche par rapport à l'opéré ; qu'elle soit un peu serrée, comme c'est souvent le cas, elle attirera l'anse efférente, située à droite, en arrière de l'afférente, elle commencera peut-être à l'engager à sa remorque dans le défilé prévertébral, en tous cas elle lui montre le mauvais chemin que plus tard elle prendra.

Ce n'est pas tout : qu'un opérateur, imbu des idées classiques il y a peu de temps encore, s'obstine à voir à l'estomac une direction horizontale dans son ensemble, l'orientation qu'il aura donnée à son anastomose faite sur l'estomac basculé, face postérieure en haut, sera complètement modifiée lors de la reposition des organes, et une *torsion suivant le sens sagittal de l'anse anastomosée* se produira à ce moment.

Quoi qu'il en soit, toujours, dit Petersen, l'anse efférente, dans sa portion qui fait immédiatement suite à l'anastomose, est amenée en arrière de l'afférente par une torsion se faisant dans le sens des aiguilles d'une montre, et se trouve placée juste en face du défilé : c'est donc elle qui le franchira la première.

De l'étude des cas dont nous donnons ici les observations, il semble bien, en effet, que c'est là le cas le plus fréquent, bien que dans les cas de Budder (obs. XVII), de Petersen (obs. XXI), de Gray (obs. XXII), tout l'intestin grêle étant passé dans le défilé, il soit assez difficile de dire quel segment a commencé : mais c'est seulement dans notre cas que nous avons vu qu'une anse libre soit restée entre l'anastomose et le début de l'incarcération. Quant à la torsion dont parle Petersen, nous sommes beaucoup moins affirmatif que lui sur son importance : nous ne

parlons ici, bien entendu, que de cette torsion autour de son axe de l'anse anastomosée, amenant en arrière sa branche efférente, et non de ces torsions de gros paquets d'anses intestinales étranglées, signalées dans les cas de Budder (obs. XVII), de Petersen (obs. XX et XXI), et qui sont vraisemblablement toujours secondaires à l'incarcération. Ces torsions en masse de l'intestin engagé, quelquefois très accentuées, de 270 degrés dans le cas de Budder, et s'accompagnant de thromboses mésentériques, n'ont rien à voir avec le mécanisme intime de cette variété d'étranglement. Mais sans revenir sur notre cas, la torsion de l'anse anastomosée n'est pas notée dans l'une même des observations de Petersen (obs. XX), non plus que dans l'observation de Gray (obs. XXII). En outre dans celle-ci le bouton de Murphy, le grand coupable pour Petersen, ne pouvait être mis en cause puisque la première opération avait été faire à l'aide de sutures : d'ailleurs dans le cas de Budder, l'emploi du bouton de Murphy n'est pas signalé non plus, et il reste en tout trois cas où son emploi soit spécifié. Enfin dans le cas de Mayo (obs. XVIII), est-il très vraisemblable qu'après une torsion qui ait commencé à s'effectuer au moment de l'opération, les accidents aient mis seize mois à éclater. Sans doute le rôle de la torsion nous paraît indéniable dans un certain nombre de cas, mais il est loin d'en être toujours ainsi : Mayo dans son cas considère la torsion comme secondaire au passage du début de l'anse efférente, et Gray dans le sien insiste sur l'absence de toute torsion.

Quoi qu'il en soit, L'ANSE EFFÉRENTE FUT-ELLE PORTÉE EN ARRIÈRE DE L'AFFÉRENTE A LA SUITE D'UNE MANŒUVRE

QUELCONQUE, LE MAL NE SERAIT PAS GRAND SI ELLE NE TROUVAIT PAS LA LE PIÈGE OU ELLE VA SE FAIRE PRENDRE : PLUS D'HIATUS, PLUS D'ÉTRANGLEMENT. Et il nous semble étrange que Petersen, ayant si bien vu là où était le danger n'en ait pas tiré cette déduction qui nous paraît logique : une trappe est ouverte, pour éviter que quelqu'un ne tombe dedans, il faut la fermer. SI LA TORSION, QUAND ELLE EXISTE, EST LA FAUTE DE L'OPÉRATEUR, LA CRÉATION D'UN HIATUS, VÉRITABLE NID A ÉTRANGLEMENT, EST LA FAUTE DE LA TECHNIQUE : c'est elle qui doit être réformée et c'est à ce point que nous nous attacherons en étudiant la prophylaxie des différentes variétés d'occlusions.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Le nombre relativement restreint des cas d'occlusion après gastro-entérostomie que nous ayons pu relever, la variabilité dans l'époque d'apparition des accidents, la diversité des allures cliniques des cas, suivant la variété d'occlusion et même dans chaque variété, enfin le peu de détails donnés dans nombre d'observations sur la symptomatologie, toutes ces raisons ne nous permettent pas de faire une étude clinique très approfondie de l'occlusion après gastro-entérostomie. Nous nous contenterons d'esquisser la physionomie de quelques types d'occlusion de façon qu'un clinicien prévenu de leur existence, prévenu surtout que l'occlusion intestinale n'est pas une complication négligeable des anastomoses gastriques, puisse avoir l'attention attirée de ce côté, et en faire le diagnostic dans la majorité des cas et assez à temps pour qu'une intervention ait encore chance de guérir le malade.

SYMPTOMATOLOGIE

Rien de fixe dans la DATE D'APPARITION DES ACCIDENTS. La lecture des observations que nous avons rassemblées nous montre, en effet, suivant les diverses classes d'occlu-

sion et même dans chaque classe, tantôt des occlusions immédiates, dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération, tantôt des occlusions que, à l'exemple de Lenclos, nous appellerons « rapprochées », c'est-à-dire se montrant du cinquième au sixième jour jusqu'à la guérison opératoire ; tantôt enfin des occlusions tardives apparaissant un laps de temps variable, des mois et parfois des années, après que le malade est guéri.

Il est pourtant certaines variétés d'occlusions qui ont chance de se montrer surtout à une époque déterminée : nous ne parlons pas ici des occlusions paralytiques par péritonite, qui évidemment sont au premier chef des **occlusions immédiates :** mais parmi celles-ci se montrent également les accidents consécutifs à une faute commise au cours même de l'opération, faute grave, de nature, non pas seulement à amorcer une occlusion, mais à produire d'emblée l'occlusion complète : telle la torsion d'une anse orientée de façon défectueuse, comme dans le cas de Peham (obs. XIII) ; une compression serrée du côlon transverse par une anse afférente notoirement trop courte, ou son mésentère, a évidemment le même résultat, comme dans le cas de Lücke (obs. II).

Beaucoup plus variées au point de vue pathogénique sont les occlusions qui se montrent les quatre premiers jours passés, jusqu'à la guérison opératoire, les **occlusions** *dtes* **rapprochées.** C'est pendant cette période, en effet, que se constituent les brides, les adhérences qui peuvent, il est vrai, ne manifester leur présence que beaucoup plus tard. C'est à ce moment que s'exagèrent les effets d'une faute opératoire pas assez évidente, ni lourde, pour que

l'intestin apparût d'emblée strangulé : le tractus intestinal, vide au moment de l'opération et les jours qui suivent, commence à se distendre dès qu'on permet l'alimentation, et alors la compression du côlon transverse par l'anse afférente anastomosée à la Wölfler se fait sentir comme dans le cas de Laüenstein (obs. XII). Ou bien, comme le prétend Petersen, comme cela en tous cas est arrivé dans ses trois observations (obs. XIX, XX, XXI) et dans celle de Gray (obs. XXII), l'anse efférente qui n'avait fait, qu'on nous permette cette expression, que mettre le nez à la fenêtre du défilé prévertébral, s'y engage peu à peu et s'étrangle complètement. A ce moment également, les catguts laissés dans l'abdomen se résorbent, ou cèdent du fait de la distension des viscères, d'un effort du malade, et Terrier assiste au passage de l'intestin grêle à travers la brèche du mésocôlon (obs. XVI). Enfin c'est pendant cette période que, si l'on a employé ce mode d'anastomose, le bouton de Murphy effectue sa migration et peut donner les accidents d'occlusion que nous connaissons.

Mais la guérison s'est faite sans encombres : tout danger d'occlusion est-il écarté ? Non pas, car c'est alors qu'apparaissent les **occlusions tardives.** Des brides, des adhérences, qui constituées depuis quelques temps n'ont point manifesté leur présence, vont venir couder ou étrangler l'intestin comme dans les cas de Gross (obs. III), de Monprofit (obs. VI). Ou bien celui-ci sera englobé dans une généralisation néoplasique comme dans les cas de Laüenstein (obs. VII), de Baudet (obs. VIII), d'Otto Mayer (obs. IX). Et le malade ne sera en outre pas encore à l'abri des incarcérations, comme le prouvent le cas de Mayo

(obs. XVIII) et notre observation personnelle (obs. XXIII) où les phénomènes d'occlusion se sont montrés respectivement seize et quatorze mois après l'intervention.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit l'époque à laquelle débutent les accidents, ceux-ci sont loin d'avoir toujours la même allure clinique.

Il est des cas où ils revêtent le type de l'**occlusion intestinale aiguë, franche, typique** : les observations de Gross (obs. III), de Baudet (obs. VIII), de Terrier (obs. XVI), de Gray (obs. XXII), notre cas (obs. XXIII) ne laissent aucun doute à ce point de vue.

Dans certains cas *ces accidents d'occlusion aiguë peuvent n'être que l'aboutissant d'une phase d'occlusion chronique*, comme dans le cas de Preindlsberger (obs. IV).

Mais quel que soit le début on trouve d'ordinaire assez au complet les signes caractéristiques de l'occlusion, sur lesquels nous n'insisterons pas, étant donné qu'ils n'empruntent pas à la gastro-entérostomie faite avant, de caractères spéciaux.

La douleur dans ces cas est un phénomène à peu près constant, débutant dans certains cas, et en particulier dans l'étranglement interne par incarcération, avec une brutalité très spéciale. La palpation la réveille ou l'exaspère et fait constater la contracture de la paroi, dont la détermination du point maximum est d'un haut intérêt : elle permet, en effet, dans certains cas de faire le diagnostic du siège de l'occlusion, mais pour ce. il faut arriver de bonne heure, avant que la douleur ne se soit généralisée, ce qui a lieu rapidement.

La suppression complète des selles et des gaz, signe pathognomonique de l'occlusion, ne commence à devenir réellement inquiétante qu'à partir du troisième jour qui suit l'intervention, étant donnée la parésie intestinale qui accompagne toute opération abdominale. Passé ce temps, et surtout après le premier purgatif, l'absence de gaz et de matières doit faire songer à une occlusion intestinale, et s'il n'y a pas de signe de péritonite concomitante, à un obstacle mécanique sur l'intestin. Mais ajoutons que ce signe n'acquiert toute sa valeur que quand les matières qui se trouvent au-dessous de l'obstacle ont été expulsées par les contractions réflexes de l'intestin, partant du point obstrué : aussi étant donnée la hauteur de l'obstacle dans les cas où il siège au niveau du foyer opératoire, l'évacuation du bout inférieur, qui comprend presque toute la longueur du tractus intestinal, peut-elle induire en erreur.

Mais il est un signe qui aide puissamment à faire le diagnostic, et, pour ainsi dire, constant en cas d'occlusion vraie, complète, nous voulons parler des *vomissements* qui ne manquent qu'exceptionnellement, bien que nous ayons vu avec M. Baudet (obs. VIII) un cas où ils manquaient totalement. Ces vomissements, particulièrement précoces, rebelles, se reproduisent avec une telle fréquence, une telle tenacité que, étant donné leur caractère à peine fécaloïde quand l'occlusion siège haut sur l'anse efférente, on pense, s'ils se montrent peu de temps après l'intervention, à des accidents de circulus vitiosus ; et telle peut être la ressemblance entre les deux affections, dans certains cas que nous dérivons une forme d'occlusion à type de circulus.

Quant à tous les autres signes, ils sont ceux de toute

occlusion aiguë, de toute occlusion haut située s'entend, et nous ne ferons que les citer, car s'ils corroborent le diagnostic, ce ne sont pas eux qui le font faire. Une présomption du siège élevé de l'occlusion sera donnée par l'absence de météorisme, qui est habituelle : dans notre cas le malade avait un ventre en bateau, et pourtant Gray a noté (obs. XXII) une énorme distension gazeuse du côlon. Les phénomènes généraux sont ceux de l'occlusion aiguë à siège sur le grêle, donc particulièrement sérieux ; la faiblesse du pouls, petit, fréquent, inégal et devenant rapidement filant, la tendance à l'algidité, la dyspnée, l'oligurie, l'altération des traits, nous retrouvons tous ces symptômes.

Mais les accidents n'ont pas toujours cette soudaineté d'allures, cette franchise dans le tableau clinique qui fait que le diagnostic s'impose. Il est des variétés d'**occlusion chronique** qui sont caractérisées par une constipation devenant progressivement plus intense, les selles ne se produisant que tous les trois ou quatre jours, et l'apparition des vomissements, qui peuvent sur la fin devenir nettement fécaloïdes (obs. VII). Cette évolution chronique des accidents, due le plus souvent à une extension ou à une récidive du néoplasme gastrique pour lequel on est intervenu peut persister jusqu'à la fin, les symptômes d'occlusion allant progressivement en s'accentuant, mais sans épisode aigu, ou bien elle aboutit à une attaque d'occlusion aiguë, franche, comme cela se montra dans le cas de Preindlsberger (obs. IV).

Par contre il est des cas où l'occlusion, peu prononcée, peut rester absolument méconnue, et revêtir une

forme latente, comme l'observèrent Sick (obs. V) et Petersen (obs. XIX). Dans le premier cas, rien en effet ne pouvait faire admettre l'existence d'une occlusion, même incomplète ; l'affaiblissement progressif fut le seul signe que l'on put constater ; et si dans l'observation de Petersen il y eut des phénomènes de collapsus plus alarmants, avec dyspnée et pouls misérable, le malade jusqu'à sa mort ne présenta ni vomissements, ni arrêt des selles.

Il est en outre des cas, en dehors de ceux où il existe une simple parésie intestinale sans obstacle mécanique, du fait de l'évolution d'une péritonite généralisée, où la même lésion qui cause la compression de l'intestin amène en même temps l'apparition d'une péritonite dont les signes se surajoutent aux signes d'occlusions et peuvent même les masquer, c'est ce que nous appellerons la **forme péritonitique.** Ces cas se produisent surtout quand une portion assez considérable d'intestin s'étant invaginée à travers un orifice quelconque a subi une torsion assez marquée pour amener l'arrêt de la circulation dans le segment mésentérique y attenant, d'où production de thromboses et d'altérations des tuniques intestinales par troubles d'irrigation.

Mais bien plus intéressante à cause de sa fréquence, et des confusions auxquelles elle prête, est l'occlusion à **type de circulus vitiosus ou de reflux stomacal** dont les observations de Gross (obs. X), de Lücke (obs. XI), de Lùnd (obs. XIV), de Peham (obs. XIII), de Büdder (obs. XVII), nous offrent des exemples Ces cas répondent le plus souvent à des occlusions précoces, et c'est précisément ce qui en rend le diagnostic si malaisé. Dans les jours qui sui-

vent l'opération, dès le soir même comme dans certains cas, ou sitôt qu'on essaie l'alimentation, le malade est pris de vomissements persistants, très abondants, renfermant en général de la bile en assez grande quantité, et ayant assez rarement, comme nous l'avons dit, du fait du siège élevé de l'occlusion, un aspect fécaloïde bien net. Comme il n'existe pas en même temps de ballonnement du ventre, qu'à ce moment l'attention n'est pas attirée du côté de l'absence de selles, puisqu'après toute intervention abdominale il est normal de voir deux jours de parésie intestinale, on pense tout naturellement de suite à un fonctionnement défectueux de l'anastomose, à un circulus vitiosus ou à une dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. A ce moment-là le diagnostic ne peut guère être fait et ce n'est que si les phénomènes débutent un peu plus tard, ou si, ce qui est désastreux, on les laisse évoluer pendant quelques jours, que l'on peut le quatrième ou cinquième jour qui suit l'opération, conclure à l'occlusion du fait de l'arrêt des matières et des gaz.

Mais il sera presque impossible de se prononcer sur la nature exacte des accidents s'il ne s'agit que d'*occlusion incomplète*, et de fait nous voyons des chirurgiens de la valeur de Monprofit (obs. V) en présence d'accidents ayant commencé à se montrer six mois après l'opération et persistant pendant deux ans et demi, conclure à un mauvais fonctionnement de la bouche anastomotique, alors qu'il s'agissait d'une compression du jéjunum.

Il est d'autres cas, par contre, tels ceux de Otto Mayer obs. IX) et de Mayo (obs. XVIII) où les vomissements réapparaissent avec une fréquence progressivement crois-

sante, non plus immédiatement après l'opération, mais un long temps après : ils sont muqueux et alimentaires, renfermant souvent des aliments ingérés la veille, mais pas de bile, et s'accompagnant d'une stase gastrique marquée ; en un mot ils rappellent de tous points ceux de la sténose pylorique pour laquelle on était intervenu la première fois : c'est la **forme de sténose pylorique** de l'occlusion.

Cette allure des accidents se comprend aisément chaque fois que l'obstacle siège au niveau ou au voisinage de l'orifice stomacal de la branche efférente. Deux cas peuvent alors se produire. Ou bien l'obstacle pylorique qui a commandé l'opération de gastro-entérostomie persiste, et on se trouve dès lors exactement dans les mêmes conditions qu'avant d'être intervenu, c'est une *sténose du néo-pylore* qui s'est constituée. Ou bien la perméabilité du pylore s'est rétablie, ce qui vraisemblablement a favorisé l'occlusion de l'anastomose pratiquée, comme l'ont démontré les expériences de Kelling, et les récentes communications de MM. Delbet, Tuffier, Hartmann à la Société de chirurgie (décembre 1907), et dans ce cas les aliments reprennent leur cours normal en suivant le duodénum : mais il faut, pour qu'il n'y ait pas d'accidents d'occlusion, qu'ils trouvent la traversée libre, au début du jéjunum, de l'anse afférente à l'anse efférente.

C'est dire que pareille éventualité ne peut se produire si l'obstacle siège sur la branche efférente à une certaine distance de l'anastomose, ou s'il y a en même temps compression de la branche afférente, de façon que la continuité du jéjunum soit interrompue.

DIAGNOSTIC

Si le diagnostic d'occlusion intestinale est facile à poser en général, il est loin d'en être de même lorsqu'il s'agit d'occlusion post-opératoire et surtout d'occlusions post-opératoires précoces, car celles qui se produisent tardivement peuvent rentrer dans le cadre des occlusions ordinaires, primitives, et leur diagnostic sera plus facilement établi au moins quand elles revêtent la forme aiguë, franche.

Il n'en est pas de même du diagnostic de *l'occlusion précoce* où les symptômes du début, les vomissements et la constipation n'ont plus la même valeur parce que l'on sait que ces symptômes sont la règle immédiatement après l'intervention, les vomissements étant dus à l'anesthésie, la constipation aux phénomènes inhibitoires qui résultent du choc opératoire.

Toutefois, ce n'est pas là que gît la plus grande difficulté, car si les vomissements et la constipation ne sont pas liés à une occlusion intestinale, ils s'amendent très vite et ne résistent pas à l'ingestion de boissons glacées et à l'administration d'un léger purgatif.

Par contre il est beaucoup plus difficile de différencier certaines occlusions aiguës, précoces, peu franches comme symptomatologie, d'autres complications qu'on est en droit de redouter après la gastro-entérostomie, à savoir : la péritonite post-opératoire, la dilatation aiguë de l'estomac, les accidents de reflux stomacal et le circulus vitiosus.

Très ardu est dans nombre de cas le diagnostic de l'occlusion vraie, par obstacle mécanique d'avec la *péritonite généralisée,* qui, nous l'avons dit, s'accompagne d'une paralysie intestinale des plus marquée. C'est l'analyse minutieuse de chacun des symptômes qui fera faire le diagnostic, toujours possible en règle générale ; l'élévation de la température, l'accélération précoce du pouls, l'arrêt moins complet des matières et des gaz, les vomissements devenant rapidement porracés et non fécaloïdes, la diffusion rapide de la douleur, l'absence de mouvements péristaltiques de l'intestin parésié sont autant de signes en faveur de la péritonite succédant à l'acte opératoire ; et ces signes nous les retrouverons encore si nous hésitons, à une date plus éloignée de l'intervention, entre une occlusion intestinale aiguë, et la *perforation de l'estomac ou de l'intestin*, duodénum ou jéjunum, *du fait d'un ulcus* : car on sait en effet que si l'ulcus existe à peu près uniquement à l'estomac et au duodénum en tant qu'affection primitive, après gastro-entérostomie on a vu dans un certain nombre de cas se faire des ulcères peptiques du jéjunum. Or, dans ce cas, après la douleur brusque, en coup de poignard de la rupture du viscère, apparaissent rapidement les signes de la péritonite par perforation que nous venons d'énumérer.

C'est dans un bon nombre de cas, certains auteurs disent même dans tous, à la péritonite post-opératoire ou tout au moins à cette forme spéciale dite septicémie péritonéale, que se rattache la *dilatation aiguë de l'estomac.*

Il paraît pourtant bien établi maintenant que cette complication peut exister en l'absence de toute réaction péri-

tonéale, et peut-être est-ce à elle que l'on doit rattacher un bon nombre de faits étiquetés circulus vitiosus, se produisant dès le soir même ou le lendemain de l'opération, elle se caractérise par des vomissements abondants, très abondants même, de coloration d'abord verte ou jaune, puis noirâtre du fait de la présence d'une petite quantité de sang, et d'odeur fétide sans pourtant jamais être fécaloïde. Il existe un ballonnement dont le siège répond à la zone gastrique et s'étend plus ou moins suivant le degré de la dilatation, pouvant dans certains cas envahir tout l'abdomen, et à ce niveau, la palpation, nullement douloureuse, donne facilement la sensation de flot. Ces symptômes, le facies mauvais, le pouls qui file, peuvent donner le change avec une occlusion : mais il n'existe pas en général dans ce cas d'arrêt complet des matières et des gaz. Les caractères spéciaux des vomissements, jamais fécaloïdes et la délimitation de l'estomac distendu viendront faire faire le diagnostic. Celui-ci sera confirmé par l'évolution des accidents, qui, d'habitude, tourneront court au moins dans les cas qui ne relèvent pas de la septicémie péritonéale, si l'on est intervenu à temps par l'ÉVACUATION ET LE LAVAGE DE L'ESTOMAC, impuissants à eux seuls dans le cas d'occlusion, mais qu'on devra pourtant toujours essayer dans les cas douteux.

Il est en effet encore un cas où le lavage de l'estomac donne de bons résultats, c'est dans ces accidents de *reflux des sucs duodénaux dans l'estomac*, absolument à distinguer du circulus vitiosus vrai. Ce reflux est un accident fréquent de la gastro entérostomie, à l'abri duquel mettent seuls les procédés par implantation, en Y ; mais le

plus ordinairement il ne consiste qu'en quelques régurgitations de bile, et même s'il est plus accentué, c'est une complication relativement bénigne. Il se montre dès les premiers jours qui suivent l'opération, le soir même ou le lendemain, et se caractérise par des vomissements de bile, qui sous l'influence des lavages de l'estomac, ou même spontanément, vont en diminuant progressivement au fur et à mesure que l'on s'éloigne du jour de l'opération : et cette évolution des accidents, leur bénignité, ne permet guère la confusion, au moins de quelque durée, avec l'occlusion intestinale.

Il n'en est pas de même au cas de *circulus vitiosus vrai,* par éversement du contenu stomacal dans l'anse afférente : les accidents qui débutent alors plus tard qu'au cas de régurgitation simple, souvent des mois après l'intervention, tout au moins pas avant la reprise de l'alimentation liquide, sont caractérisés par des vomissements bilieux d'une abondance remarquable, qui se reproduisent une ou deux fois par jour, rarement plus souvent, et ne sont jamais fécaloïdes. De plus la douleur, que nous avons signalée dans nombre de cas d'occlusion, manque dans le circulus, de même que l'arrêt des matières et des gaz, l'état général s'altère moins rapidement. Ce sont là des caractères qui suffisent à trancher le diagnostic avec une occlusion franche, aiguë, mais il n'en est pas de même au cas d'occlusion chronique, incomplète, si variable dans son aspect clinique que nous avons pu en décrire une forme à type de circulus, une forme à type de sténose pylorique. Dans ces cas, en l'absence d'arrêt des matières et des gaz, tout au moins de constipation opiniâtre, tant

que les vomissements resteront purement alimentaires comme ils le sont dans la sténose du pylore, ou bilieux comme dans le circulus, il sera bien difficile de se prononcer sur la nature exacte des accidents.

Mais à côté de ces faits où l'on reste forcément dans l'incertitude, n'oublions pas que, dans la majorité des cas, on peut et on doit poser à temps et de façon ferme le diagnostic d'occlusion intestinale. Les causes d'occlusion autres que l'acte opératoire ayant été éliminées, ce qui implique la nécessité d'un examen de tous les orifices herniaires, du toucher rectal, qui, soit dit en passant, pourra faire reconnaître comme cause des accidents, un bouton de Murphy achevant sa migration et arrêté dans le rectum, EST-IL POSSIBLE DE DÉTERMINER LE SIÈGE DE L'OCCLUSION ET SA CAUSE ?

L'absence de ballonnement du ventre, la marche rapide des accidents en cas d'occlusion aiguë pourront *a priori* nous renseigner sur l'existence d'un obstacle haut situé sur l'intestin, de même que le maximum de la douleur et de la contracture abdominale. Mais comme nous l'a montré l'étude clinique de ces occlusions, c'est en général au niveau du foyer opératoire que siégera l'obstacle. Sera-t-il possible d'en déterminer la cause ? Non en général. Sans doute une occlusion par récidive de néoplasme aura chances d'être une occlusion chronique, et si l'on sent un gâteau sous la paroi on pourra en poser le diagnostic ferme, au lieu que l'évolution rapide des accidents appartiendra surtout à l'étranglement interne à travers un orifice quelconque. Mais ce ne sont là que des probabilités : c'est

l'intervention qui seule nous fixera sur ce point et qui devra être pratiquée sans retard.

PRONOSTIC

De la précocité du diagnostic, et, partant, de l'intervention, dépend en effet le pronostic que l'on doit porter dans les cas d'occlusion intestinale après gastro-entérostomie.

Il n'est pas, en effet, de formes d'occlusion intestinale bénigne, curable spontanément : sur les vingt-quatre cas que nous rapportons, dans douze cas on n'intervint pas, soit que le diagnostic n'ait pas été fait, soit que l'état du sujet ne permit pas de tenter une intervention, et il y eut douze morts ; dans douze cas, au contraire, on intervint avec neuf guérisons et *les chances de guérison sont d'autant plus grandes qu'on opère à une date plus rapprochée du début des accidents*, comme d'ailleurs dans toutes les occlusions intestinales, de quelque cause qu'elles ressortent. C'est dire qu'il n'y a pas de temps à perdre. Sans doute il faut auparavant être sûr de son diagnostic, et ne pas se presser de réouvrir un malade deux jours après une gastro-entérostomie, sous prétexte qu'il vomit et qu'il n'a pas encore été à la selle : nous avons assez dit combien à cette période le diagnostic était encore incertain. Les lavages d'estomac pourront alors se montrer une médication héroïque et qui d'emblée fera cesser des vomissements reconnaissant pour cause, soit du reflux stomacal, soit une dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, en même

temps que la mise en place d'une canule rectale, et un lavage d'intestins feront cesser la parésie intestinale des premiers jours qui suivent l'opération. MAIS CONTRE L'OCCLUSION VRAIE CES MOYENS NE PEUVENT RIEN, et c'est pourquoi, lorsqu'à la suite de leur emploi, on s'est convaincu de leur inefficacité et qu'on a posé de façon ferme le diagnostic d'occlusion, il faut intervenir sans attendre davantage.

Ces préceptes s'appliquent aux formes aiguës.

Dans les formes chroniques, si le diagnostic peut être moins aisément posé, la situation est moins pressante, le pronostic moins grave immédiatement. Et peu importe à la rigueur qu'on attribue au circulus, à un vice de fonctionnement de l'anastomose, les troubles dont se plaint un ancien gastro-entérostomisé : ces accidents, de quelque nature qu'ils soient, nécessitent une laparotomie qui montrera quelle en est la cause, et quel remède il convient de leur apporter.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

I. — TRAITEMENT DES ACCIDENTS D'OCCLUSION

Donc nous sommes en présence d'une occlusion intestinale constituée chez un gastro-entérostomisé : quelle conduite devons-nous tenir ? Nous venons déjà de le dire : si notre diagnostic est posé de façon ferme, nous devons *intervenir immédiatement*, et à moins qu'il ne s'agisse d'un moribond, nous ajouterons, *quel que soit l'état du malade.* Combien de fois, dans les occlusions post-opératoires plus encore que dans toute autre variété, abuse-t-on de ce terme « parésie intestinale passagère ». On parle encore de parésie alors que l'on voit des contractions de l'intestin se dessiner sous la paroi, cherchant à forcer un obstacle contre lequel sa musculature s'épuise.

Et l'on perd du temps à essayer pour la dixième fois des lavages d'intestins, s'accordant encore deux jours de temporisation si l'eau d'un lavage ressort un peu souillée, comme si l'on pensait la veille avoir vidé et lavé tout le

bout inférieur de l'intestin, c'est-à-dire gros intestin, iléon et presque tout le jéjunum !

Pendant ce temps les vomissements deviennent nettement fécaloïdes, l'état général précaire douze heures avant devient franchement mauvais, quelquefois des signes de péritonite qui jusque-là faisaient absolument défaut se montrent, et les chances de réussite de l'intervention deviennent de plus en plus aléatoires.

Ce n'est pas à dire pourtant que l'intervention soit question de minutes et que l'on n'ait pas même le temps de faire auparavant au malade un *lavage d'estomac*, tout au moins une évacuation à la sonde du contenu gastrique : nous avons montré tout à l'heure de quelle ressource pouvait être au point de vue du diagnostic cette manœuvre si simple, et qui peut sauver d'une nouvelle visite à la salle d'opération un malade ; elle a cet autre avantage, si l'on doit opérer, d'empêcher les vomissements pendant l'anesthésie, qui amènent si souvent par la suite des broncho-pneumonies, quand ils n'occasionnent pas la mort sur la table.

Ces précautions prises, on intervient par laparotomie médiane passant par l'ancienne cicatrice de gastro-entérostomie, sauf dans ces cas, tout-à-fait exceptionnels, où l'on peut déterminer de façon absolument sûre le siège de l'occlusion loin du foyer opératoire, comme dans le cas de Gross (obs. III). Pour ce qui est de l'acte opératoire lui-même, il n'est pas de règles que l'on puisse formuler tellement sont variables les causes d'occlusion que l'on peut rencontrer ; et de fait nous voyons quelle a été la diversité des manœuvres auxquelles ont eu recours les dif-

férents opérateurs. En tous cas les préceptes qui sont de mise dans toute laparotomie pour occlusions doivent être appliqués rigoureusement.

Après un examen attentif de la région gastrique, de l'anastomose et des deux branches afférente et efférente ; après bascule de l'estomac, face postérieure en avant comme au cours de la première intervention si l'on avait pratiqué une gastro-entérostomie postérieure, *on se renseigne sur l'état de vacuité ou de distension du côlon transverse et en particulier de sa partie droite.* Si celle-ci est vide, *on part de l'anse efférente toujours dilatée dans sa partie supérieure* au cas d'occlusion vraie au sens où nous l'avons définie, *et on la dévide progressivement en allant vers le cæcum.* Ce faisant, il peut arriver que de suite l'attention soit attirée, comme dans le cas de Hartmann, par un volvulus du grêle qu'il faut détordre en sens inverse de son enroulement, mais le plus ordinairement la recherche doit être plus minutieuse. On continue donc à dévider progressivement l'intestin, et lorsqu'on est arrêté on va reconnaître la nature de l'obstacle.

C'est ainsi que l'on peut arriver à sentir comme cause de l'étranglement *une bride ou une adhérence ;* on la sectionne, et on péritonise ensuite les surface de section.

Si l'on tombe sur un *paquet d'adhérences agglutinant entre elles des anses grêles*, on peut dégager les anses comme le firent Monprofit (Obs. V) et Ricard. C'est souvent besogne malaisée, et qui ne laisse pas l'opérateur sans inquiétudes sur l'avenir, étant donnée la difficulté de péritoniser ces surfaces cruentées pour en éviter à nouveau la coalescence : Monprofit, pour parer à cet accident, les

plaça dans le petit bassin, où il les fixa en plusieurs points au mésocolon et au mésentère voisin.

Plus difficile encore est la tâche du chirurgien quand il s'agit d'*anses englobées dans une récidive néoplasique* comme dans le cas que nous aidâmes à opérer M. Baudet. (Obs. VIII) et où l'on ne put rien faire pour lever l'obstacle, étant donnée l'étendue de grêle pris dans l'épiploon cancéreux. Mais chaque fois que la chose est possible et que la libération des anses paraît trop pénible, on a le choix entre pratiquer, ou bien une *nouvelle gastro-entérostomie en prenant un point du grêle situé plus bas que l'obstacle*, comme le fit Otto Mayer (Obs. IX), ou bien une *entéro-anastomose entre les deux parties de l'anse situées respectivement en amont et en aval de l'obstacle* ainsi que Preindlsberger (Obs. IV).

Dans d'autres cas, en dévidant l'anse efférente comme nous l'avons dit, on tombera sur une *incarcération du jéjunum*, siégeant à quelque distance de l'anastomose ; il faudra alors par des tractions douces, après avoir légèrement débridé, si c'est nécessaire, l'agent d'étranglement (ce qui doit se faire sous le contrôle de la vue) dégager la portion d'intestin étranglée.

Ce débridement, si l'on est obligé d'y recourir, devra être fait avec une extrême prudence, très superficiel, car il ne peut porter que sur le mésentère et l'on risque, si l'on intéresse un vaisseau de quelque importance, d'avoir secondairement du sphacèle de la portion d'anse qu'il irriguait. Aussi, dans le cas où la réduction de l'étranglement paraîtrait impossible sans large débridement, n'hésiterions-nous pas à conseiller de préférence la destruction de l'anas-

tomose précédemment faite, que l'on reconstituera une fois l'intestin remis en place, et, dans les observations XX et XXI de Petersen où d'ailleurs on n'est pas intervenu, nous croyons que seule cette manœuvre aurait été de mise.

Quel que soit le cas, sans vouloir parler des diverses causes d'occlusions que peut rencontrer l'opérateur et qui n'ont rien à voir avec l'opération de gastro-entérostomie précédemment faite, il est certaines éventualités qu'il doit toujours avoir présentes à l'esprit, et divers points qui doivent attirer son attention. Nous avons dit, en effet, qu'on devait, partant de l'anastomose, suivre en dévidant au fur et à mesure l'intestin grêle, l'anse efférente. Or *il peut se faire que cette anse efférente soit au premier abord invisible, passée en arrière de la branche afférente et engagée dans le défilé prévertébral* où elle s'est étranglée, *ou engagée dans la boutonnière mésocolique* et incarcérée dans l'arrière-cavité des épiploons. C'est dans ces cas surtout que L'ABOUCHEMENT GASTRO-INTESTINAL PRATIQUÉ AU MOMENT DE LA PREMIÈRE OPÉRATION EST LE REPÈRE ESSENTIEL, ET DOIT ÊTRE RECHERCHÉ SYSTÉMATIQUEMENT : faute de quoi on risque, ne voyant pas la portion incarcérée qui fait immédiatement suite à l'anastomose, et trouvant aplati tout l'intestin grêle *visible*, de conclure à une dilatation aiguë de l'estomac, ce viscère étant en général distendu, et de refermer l'abdomen en y laissant subsister l'occlusion à la recherche de laquelle on était parti.

En outre, *où que ce soit faite l'incarcération, il s'agit de fermer la fente qui lui a donné passage.* Notre maître Routier ferma ainsi par une suture très exacte la brèche

mésocolique à travers laquelle des anses grêles s'étaient étranglées dans l'arrière-cavité des épiploons, et il transforma en outre la gastro-entérostomie postérieure de Von Hacker qu'il avait faite en gastro-entérostomie en Y de Roux. Quant à ce qui est de l'étranglement dans le défilé prévertébral, trois fois on est intervenu pour des accidents de ce genre.

Mayo (obs. XVIII) avait dans sa première intervention pratiqué une gastro-entérostomie antérieure, et, mettant l'étranglement sur le compte du procédé opératoire qu'il avait choisi, il détruisit son anastomose, et se contenta, ayant fermé l'ouverture stomacale antérieure, de reporter sa bouche gastro-duodénale à la face postérieure. Gray (obs. XXII) et nous même (obs. XXIII) avons observé cet étranglement après une gastro-entérostomie postérieure, et avons vu, une fois l'intestin dégagé, cet *hiatus* qui restait béant *entre le bord supérieur du mésentère soulevé en toit et la face inférieure du mésocolon :* tous deux *nous rapprochâmes par des sutures ces deux replis péritonéaux* de façon à fermer complètement le passage aux anses et nous croyons que c'est la conduite la plus simple à suivre dans ce cas, plutôt que de reporter ailleurs son anastomose. Cette fixation du mésentère au mésocolon fut d'ailleurs faite également par Lùnd (obs. XIV) pour corriger la torsion de l'anse anastomosée autour de son axe mésentérique. Mais si le Von Hacker ainsi « arrangé », qu'on nous passe l'expression, peut être suffisant, si à la suite nous n'eûmes pas à observer de troubles d'aucune sorte, en particulier de troubles de circulation du contenu gastrique, cette manière de faire ne nous paraît pourtant qu'un pis-aller,

et nous ne croyons pas que le Von Hacker avec cette modification soit l'opération rêvée : il y a mieux à faire, pensons-nous, et nous nous expliquerons tout à l'heure à ce sujet.

Que si l'on n'a trouvé ni brides, ni adhérences, ni incarcérations, ni torsion de l'anse, il est encore un point qui doit être recherché de parti pris : *l'anse afférente ou son mésentère ne comprime-t-il pas le côlon*, au cas où l'on aurait fait une gastro-entérostomie antérieure ? On n'est pas encore intervenu, que nous sachions, pour des cas de ce genre ; mais il nous semble qu'il n'y aurait alors qu'une ressource, détruire l'anastomose gastrique antérieure, fermer l'ouverture de la paroi stomacale antérieure, et reporter l'anastomose à la face postérieure suivant la méthode transmésocolique habituelle en profitant de la bouche faite sur l'intestin.

Enfin un dernier point à rechercher, qui lui aussi exigerait une technique spéciale : au lieu d'une occlusion de cause extérieure par rapport à l'intestin, l'obstacle ne serait-il pas situé dans sa lumière, et ne serait-il pas un *bouton de Murphy arrêté en un point du grêle*, vers la fin de l'iléon en particulier ? Dans ce cas il faudrait recourir à la taille intestinale telle qu'on la pratique dans les cas d'occlusion par calculs biliaires, faire l'ablation du bouton et suturer l'intestin par un double plan à la Lembert.

Telles sont les règles que nous croyons devoir conseiller dans le traitement de l'occlusion intestinale après la gastro-entérostomie, bien que le nombre de cas trop restreint dans lesquels on est intervenu ne nous permette pas d'appuyer nos dires sur un nombre suffisant de faits.

II. — PROPHYLAXIE DE L'OCCLUSION

Beaucoup plus complexe et plus intéressante à notre point de vue que la conduite à tenir en présence d'accidents confirmés d'occlusion intestinale après gastro-entérostomie est la question de la prophylaxie de ces accidents : car, nous allons le voir, elle est INTIMEMENT LIÉE A LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE.

Sans doute certaines précautions, banales maintenant car elles ne sont que l'application à cette opération des principes généraux de la chirurgie abdominale, sont de nature à nous prémunir contres diverses variétés d'occlusion.

C'est ainsi qu'il serait oiseux d'insister sur la nécessité d'une *asepsie rigoureuse* dans tous le cours de l'intervention ; de même une *hémostase parfaite*, une *péritonisation exacte des surfaces cruentées* doivent être faites, de façon à éviter la formation d'adhérences et de brides au voisinage de la bouche anastomotique, ou même à distance comme dans le cas de Gross.

Les adhérences de périgastrite qui peuvent exister doivent être sectionnées et enfouies si faire se peut, quand elles sont susceptibles de devenir un agent d'étranglement. *La bouche anastomotique doit être placée en dehors des zones d'adhérences accompagnant un ulcus, et, s'il s'agit de néoplasme, aussi loin que possible de la tumeur,* de

façon à éviter sa compression et celle de l'anse intestinale anastomosée du fait de l'extension possible du processus morbide. Enfin une précaution recommandée par tous les auteurs à la suite des cas bien connus maintenant d'étranglement de l'intestin grêle dans la boutonnière pratiquée au mésocolon transverse dans le procédé de von Hacker, consiste à *suturer exactement les bords de la brèche mésocolique à la paroi postérieure de l'estomac :* nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette recommandation, classique maintenant.

Mais même en observant toutes ces règles au cours d'une gastro-entérostomie exécutée en suivant rigoureusement la technique classique, que l'on pratique un abouchement antérieur suivant la méthode de Wölfler ou un postérieur suivant celle de von Hacker, est-on à l'abri d'une compression, d'une torsion ou d'une incarcération d'une anse intestinale ? Les statistiques se chargent de répondre pour nous. *Est-ce donc que l'étranglement interne est un risque inséparable de l'opération de gastro-entérostomie, par quelque procédé qu'elle soit exécutée, ou au contraire nos techniques couramment employées sont-elles défectueuses et doivent-elles être rendues responsables de cet accident ?* Nous sommes absolument persuadé que cette dernière proposition est la vraie.

Un bon procédé de gastro-entérostomie doit, en effet, suivant nous, réunir ces trois désidérata :

Etre aussi simple que possible, et, partant, d'exécution rapide ;

Mettre à l'abri des troubles de reflux et de circulus vitiosus ;

Ne pas créer d'amorce à l'étranglement interne.

Or, nous allons voir que le Wölfler et le von Hacker ont tous deux à leur actif, dans une proportion différente il est vrai, circulus et occlusion, et que deux procédés seulement mettent à l'abri de ces accidents, l'un procédant par abouchement latéral, celui de Ricard et Chevrier avec suspension verticale, dont le mérite est dans la simplicité et la rapidité d'exécution ; l'autre par implantation, c'est le procédé en Y de Roux avec anastomose à la face postérieure de l'estomac, méthode idéale assurément au point de vue physiologique, qui n'a que l'inconvénient de demander un temps plus long et d'exiger un opérateur rompu à la pratique de la chiurgie gastro-intestinale.

CRITIQUE DES PROCÉDÉS DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE

Tout d'abord que vaut la **gastro-entérostomie antérieure par le procédé de Wölfler**?

Sans nous arrêter à la *fréquence des accidents de circulus* après cette intervention, telle que certains auteurs, dont von Eiselsberg, au Congrès international de Chirurgie de 1905, veulent lorsqu'on la pratique qu'on lui adjoigne systématiquement une entéro anastomose, disons de suite que les chances d'occlusion qu'elle fait courir sont grandes, et bien connues.

Depuis longtemps von Hacker a fait justement à ce point de vue la critique de la méthode : « *Si, en effet,* dit-il, *on prend une portion très élevée du jéjunum pour l'anastomoser à la face antérieure de l'estomac, la branche afférente agissant comme un cordon tendu peut comprimer le côlon transverse* » (et les phénomènes de compression s'accentuent encore lorsque du fait de troubles de circulation dans l'anse anastomosée, le contenu gastrique passe dans l'anse afférente et la distend).

« *Choisit-on, au contraire, un point du jéjunum situé loin en aval, il peut se glisser dans l'anse formée des portions d'intestin à long mésentère et ainsi se constituer une incarcération.* »

Cette critique n'est d'ailleurs pas spéciale au procédé de Wölfler : elle s'adresse également à tous les procédés d'anastomose à la paroi stomacale antérieure, car dans tous ces cas le croisement du côlon transverse par l'anse intestinale anastomosée, point défectueux de la méthode, persiste toujours, et cela même dans le **procédé d'anastomose antérieure en Y de Roux :** ET IL N'EST PAS DE REMÈDE A Y APPORTER.

Quant à la *section verticale du grand épiploon* préconisée par Roux dans les procédés d'anastomose à la face antérieure de l'estomac, elle ne nous apparaît que comme un palliatif de bien médiocre valeur : il la réserve aux cas où il existe un grand épiploon très développé, chargé de graisse, pesant en un mot, avec lequel la compression de l'anse anastomosée apparaît comme trop évidente : il sectionne alors verticalement, dans toute sa hauteur, le tablier épiploïque, le partageant en deux moitiés situées de part et d'autre de l'anse jéjunale qui n'a plus dès lors au-dessus d'elle que le côlon transverse.

C'est là une modification qui supprime seulement l'action fâcheuse de l'épiploon agissant par son poids, sur l'anse anastomosée : mais la boucle reste, laissant deux défilés, en avant comme en arrière du côlon, et l'opération reste passible de tous les reproches que von Hacker avait formulés.

Enfin il n'est pas jusqu'à la manœuvre de détorsion de l'anse, préconisée par Rockwitz, et destinée à placer à droite l'anse efférente de l'anastomose, à gauche l'anse afférente, qui ne puisse, étant donnée la longueur de l'anse qu'on est obligé de laisser entre l'angle duodéno-jéjunal et l'abouchement, être exécutée en sens inverse, ou avec un

demi-tour de trop, comme dans l'observation de Peham, ce qui a comme résultat de faire chevaucher à l'anse efférente la bride mésocolique soulevée au-dessous du mésocolon, et de produire une occlusion par compression de cette anse.

Aussi ces inconvénients, mais plus encore les risques si fréquents de circulus vitiosus ont-ils fait abandonner l'abouchement antérieur comme méthode de choix. L'évolution à ce point de vue d'opérateurs tels que Monprofit, Terrier, Hartmann, qui tous ont commencé par cette méthode et l'ont délaissée pour l'anastomose postérieure, est particulièrement éloquente. Beaucoup de chirurgiens l'emploient pourtant encore, sinon dans tous les cas, au moins dans certains, séduits par sa *simplicité* et sa *très grande rapidité d'exécution*, surtout quand elle est faite au bouton de Murphy ; et ce n'est pas là évidemment un avantage négligeable quand il s'agit de malades très cachectiques et qu'il faut mener l'opération le plus rapidement possible : c'est ainsi que nous avons vu notre maître Routier faire avec succès, en des temps qui n'excédaient pas dix minutes, des opérations de Wölfler au bouton de Murphy chez des cancéreux très affaiblis, qui évidemment n'auraient pu faire les frais d'une intervention tant soit peu complexe. — Il nous semble pourtant que le temps exigé par une gastro-entérostomie postérieure au bouton de Murphy, suivant la méthode de Petersen, même complétée par quelques points de suspension de l'anse afférente, ne doit pas être de beauconp plus long : et au moins avec cette opération, sur les avantages de laquelle nous reviendrons d'ailleurs, l'estomac se trouve dans des conditions d'évacuation beaucoup plus favorables, et le malade ne court

pas ces risques d'occlusion, auxquels après le Wölfler, il reste exposé, et cela, nous le répétons, DE FAÇON IRRÉMÉDIABLE.

Aussi sommes-nous tenté de dire que *l'abouchement de l'intestin à la face antérieure de l'estomac, par quelque méthode qu'il soit fait, Wölfler ou Y de Roux, ne doit plus vivre que des contre-indications de l'anastomose postérieure, sinon de l'impossibilité absolue où l'on est de la pratiquer.* Car il est des cas où l'abouchement postérieur est impossible, soit du fait d'adhérences immobilisant l'estomac, soit qu'il ne reste pas sur la paroi gastrique postérieure, en raison de l'extension du néoplasme de ce côté, de point où établir la bouche dans de bonnes conditions. La conduite à tenir variera alors suivant l'état du malade, suivant aussi les habitudes et le tempérament du chirurgien. Monprofit nous a montré, en effet, par une importante statistique, combien au point de vue des résultats ultérieurs était plus satisfaisant que le procédé de Wölfler l'Y de Roux avec abouchement antérieur. Mais évidemment si le patient est très cachectique, si l'opérateur n'est pas très rompu à la chirurgie gastro-intestinale, il devient inférieur au Wölfler. Et cette plus grande complexité des procédés par implantation en Y, les résultats satisfaisants d'ordinaire des procédés par abouchement latéral exécutés avec soin, continueront encore longtemps à faire le succès de ces derniers ; ainsi s'explique la vogue dont jouit parmi les chirurgiens le procédé de von Hacker.

CRITIQUE DES PROCÉDÉS DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE

GASTRO-ENTÉROSTOMIE PAR ABOUCHEMENT LATÉRAL DE VON HACKER

Sa technique classique

Le procédé de von Hacker est de fait bien supérieur, comme nous le disions, au point de vue des résultats ultérieurs, à celui de Wölfler. — De sa technique opératoire, maintenant absolument réglée après les articles de Terrier, de Hartmann, de Monprofit, et la thèse de Desfosses (1898) nous n'examinerons que deux points :

La distance de l'anastomose sur le grêle au delà de l'angle duodéno-jéjunal ;

La direction que donne l'opérateur à l'anse afférente et dans laquelle celle-ci est, ou non, fixée.

Ces deux points sont en effet les seuls au sujet desquels il subsiste quelques divergences entre les chirurgiens, et surtout ce sont eux qui, nous le montrerons, tiennent sous leur dépendance la question, d'une part, de l'étranglement interne ; d'autre part, des troubles de circulation du con-

tenu gastrique, simples régurgitations, reflux stomacal ou circulus vitiosus vrai.

Suivant la technique classique de l'opération de von Hacker, telle que l'a décrite M. Terrier, on incise le mésocolon transverse en un point avasculaire, et, à travers la boutonnière ainsi créée, on attire une portion de la face postérieure de l'estomac située près de la grande courbure. On va ensuite à la recherche de l'angle duodéno-jéjunal, on saisit l'intestin grêle qui lui fait suite, et *on choisit pour établir l'anastomose, la portion du jéjunum située* à 12 ou 15 centimètres (Terrier) de l'angle duodéno-jéjunal.

Avant que de passer à la suture, on glisse entre l'estomac et l'intestin, sous la future ligne de suture, une compresse de protection « compresse billot », qui dans toutes les descriptions classiques tient une place des plus importantes. L'anse intestinale étant placée en isopéristaltisme avec l'estomac par la manœuvre de Lücke-Rockwitz, plaçant à gauche, par rapport à l'opéré, l'anse afférente, duodénale, à droite l'anse efférente, on fixe sur 2 ou 3 centimètres la branche afférente à l'estomac en prolongeant au delà de l'extrémité gauche de la bouche anastomotique le surjet séro-séreux d'enfouissement. Hartmann conseille en outre de donner, tant à ce surjet qu'à l'anastomose, une légère obliquité en bas et à droite, parallèle à la grande courbure de l'estomac.

C'est là la technique classique à laquelle se rallient presque tous les partisans du von Hacker, et ils sont nombreux : Terrier, Hartmann, Tuffier, Delbet, pour ne

parler que des chirurgiens français qui, dans les derniers Congrès, ont vanté ses mérites, le préférent à tout autre et même à l'Y de Roux à cause de sa simplicité plus grande (un abouchement seulement étant à faire au lieu de deux), de la plus grande rapidité de son exécution, et des résultats fonctionnels très satisfaisants qu'il leur a donnés, en comparaison du Wölfler dont tous avaient fait usage auparavant.

Malgré l'optimisme de ceux qui le préconisent, cette opération est-elle parfaite de tous points ? — Les statistiques se chargent de nous répondre en nous montrant qu'avec cette technique correctement appliquée, on observe pourtant, et des accidents d'occlusion — nos observations en font foi — et des troubles de fonctionnement de l'anastomose, soit légers, soit aboutissant aux formes graves du circulus vitiosus.

Ses dangers d'occlusion

Pour ce qui est des accidents d'étranglement interne, une seule chose doit étonner si l'on songe aux conditions que réalise le von Hacker exécuté suivant la technique classique ; c'est qu'ils ne soient pas plus fréquents avec les anastomoses situées sur l'intestin grêle à une certaine distance de l'angle duodéno-jéjunal.

12 ou 15 centimètres laissés entre l'angle duodéno-jéjunal et l'anastomose, voilà, avons-nous dit, ce qui est encore classique, bien que nous devions signaler de la part de quelques chirurgiens, tels Hartmann, Tuffier, Mayo

Robson une tendance à remonter le niveau de l'anastomose.

« Etablir la bouche sur l'intestin grêle aussi près que possible de l'angle duodéno-jéjunal » telle est la formule que plusieurs d'entre eux ont donnée dans les derniers Congrès, sans s'expliquer d'ailleurs sur les raisons qui les font revenir de leur technique ancienne : peut-être simplement parce que les études récentes sur le circulus vitiosus ont montré l'importance de la longueur exagérée de l'anse afférente dans sa production : en tous cas aucun d'eux n'a à ce propos fait allusion à la question de l'occlusion intestinale.

— Mais à côté de ces opérateurs, combien d'autres exagèrent encore la longueur de l'anse afférente classiquement admise : Jaboulay laisse 30 centimètres entre l'angle duodéno-jéjunal et l'anastomose, Kappeler 40 à 60 centimètres, de même que Chlumsky qui assigne 50 centimètres à cette anse jéjunale afférente, cependant que généreusement Kader lui octroie 60 à 80 centimètres.

Or, que se passe-t-il dans ces cas ?

L'insertion vertébrale du segment mésentérique répondant au sommet de l'anse anastomosée, c'est-à-dire au point où est pratiqué l'abouchement, est située de plus en plus bas, de plus en plus loin de la racine du mésocolon transverse au fur et à mesure qu'augmente la distance laissée entre l'angle duodéno-jéjunal et l'anastomose, et ainsi se constitue un *hiatus plus ou moins grand, plus ou moins praticable entre ces deux feuillets péritonéaux, mésocolon en haut, en bas mésentère soulevé en une sorte de toit*

à deux versants, droit et gauche, de la colonne vertébrale au sommet de l'anse anastomosée. (Fig. 2, p. 55).

C'est dans ce défilé qu'est logée, au cours de l'intervention, la *compresse-billot* (Fig. 3, p. 54) dont nous avons parlé et qu'on glisse sous la ligne de suture postérieure, excellente sans doute comme protection du champ opératoire, mais *qui devrait faire songer que là où elle a été serrée, une anse intestinale pourra être serrée à son tour.* Le danger est minime, nous l'admettons, si l'anastomose siège assez haut sur le jéjunum, si le repli mésentérique soulevé longe horizontalement la face inférieure du mésocolon, ne laissant entre eux qu'une fente étroite, aux lèvres presque accolées, et pourtant il existe; il devient tout à fait menaçant si, l'anse étant plus longue de la bouche anastomotique au duodénum, le repli mésentérique part de plus bas, et se porte en avant et en haut à la rencontre du mésocolon obliquement descendant en bas et en avant. C'est un défilé qui s'offre pour ainsi dire aux anses tentées de le franchir, et point n'est besoin de placer très bas son anastomose pour qu'il soit largement praticable, comme le montre notre observation : avec une anastomose à 25 centimètres du duodénum, cet hiatus admettait au large deux doigts, et si l'on se rappelle que des anses grêles ont pu y subir une torsion, que même tout le grêle avec son mésentère a pu s'y engager comme dans le cas de Petersen, si surtout l'on se rappelle que dans l'observation XIX de Petersen cet hiatus était assez large pour que l'intestin n'y fût pas comprimé et qu'il n'y eut pas d'accidents d'occlusion, on voit qu'il ne s'agit pas là d'une fente virtuelle dans laquelle une anse n'aurait pas la place de s'engager.

Le DANGER D'UNE ANSE AFFÉRENTE LONGUE avait d'ailleurs déjà frappé VON HACKER : car il semble bien qu'il y ait eu de sa part un lapsus, quand dans la première description qu'il fit du procédé auquel il a donné son nom il conseilla de placer sur l'intestin l'anastomose à 20 ou 25 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal : la figure qui accompagne ce mémoire montre, au contraire, une anastomose très rapprochée de cet angle. D'ailleurs au Congrès de la Société allemande de 1900, il dit explicitement : « J'emploie pour l'anastomose la partie toute supérieure du jéjunum et ne donne comme longueur à l'anse afférente que celle qui sépare l'angle duodéno-jéjunal de l'anastomose, en évitant toutefois le tiraillement » et même il ajoute après avoir entendu la communication de Petersen : *Le danger d'incarcération intestinale qu'a signalé Petersen me semble écarté quand on suture l'extrémité supérieure de l'anse jéjunale, car ainsi on ne laisse pas d'hiatus.*

NE PAS LAISSER D'HIATUS, N'EN PAS CRÉER SURTOUT, tout est là. Sans doute quand il existe, il est possible de le fermer en accolant par quelques points de suture mésocolon et mésentère, et, de même que GRAY, nous l'avons fait dans le cas que nous avons rapporté. Mais les tentatives de ce genre, pour si louable que soit le but poursuivi, ne nous séduisent guère, nous l'avons déjà dit, si l'on entreprend semblable opération sans y avoir la main forcée, et *nous ne saurions adopter comme idéales ces techniques* qui, d'ailleurs, n'ont pas fait leur preuve, et *qui, au lieu d'éviter la formation de ces hiatus, consistent à le créer de parti pris pour ensuite chercher le moyen de le fermer :* nous

voulons parler de la technique de Mayo et de celle de de Beule.

— Mayo (1) fait le von Hacker en laissant 25 centimètres de grêle entre le duodénum et l'anastomose, et c'est même peut-être à cause de l'importance de l'écart entre le mésocolon et le mésentère créé par l'abouchement aussi bas situé, qu'il s'est mieux rendu compte de l imperfection du procédé. Et pour éviter les torsions et les incarcérations, dont il a eu un cas, il *suture le mésentère à la paroi postérieure de l'estomac*. Il utilise cette suture du mésentère pour renforcer l'anastomose et la protéger en arrière, et la recouvre de même à la partie antérieure en y fixant l'épiploon.

Cette technique est à rapprocher de celle que préconise de Beule qui, ayant en vue non plus la possibilité d'occlusion, mais la production d'accidents de circulus vitiosus, a insisté sur l'importance de la suspension verticale, et propose, sans avoir jamais exécuté cette méthode, de la réaliser en *suturant à la face inférieure du mésocolon l'anse afférente :* nous jugerons d'ailleurs plus loin cette technique, mais dès maintenant nous pouvons dire que ces procédés, de même que l'opération qu'ils veulent améliorer, à savoir le von Hacker classique à anse longue, ne nous séduisent pas, car, ne dût il pas se produire d'occlusion intestinale, avec eux les malades restent exposés à une complication sérieuse, nous voulons parler du circu lus vitiosus.

---

1. Mayo. *Annals of surgery*, 1902.

Ses risques de circulus vitiosus

Le circulus est en effet loin d'être rare comme accident consécutif à la gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker classique, bien que M. Hartmann n'ait jamais vu ces accidents à la suite de ses opérations, sauf dans un cas où il était dû à une faute de technique.

Sans parler de la formidable série de Mikulicz rapportée par Monprofit, qui sur 74 cas (il est vrai que dans le nombre était une certaine quantité de gastro-entérostomies antérieures) fut obligé de faire 30 fois l'entéro anastomose secondaire, les travaux de Chlumsky, de Tavel, de de Beule, de Fœderl nous montrent l'importance de cet accident dans les suites du von Hacker : d'ailleurs, à la Société de Chirurgie de 1900, MM. Reclus, Delbet, Tuffier apportèrent des faits personnels, et, dans la thèse de Naveau (1904), nous voyons relater six cas où le professeur Monprofit dut intervenir pour des troubles de circulus après cette opération.

Au reste si ces accidents ne se voyaient que de façon tout à fait exceptionnelle, à quoi bon ce luxe d'opérations complémentaires que les chirurgiens se sont ingéniés à découvrir pour prévenir le reflux ? — On a vu Braun, puis Jaboulay préconiser l'entéro-anastomose entre les anses afférente et efférente, que Gallet (de Bruxelles) disait pratiquer systématiquement après toute opération de von Hacker. Chaput, Doyen, Mattoli, associent à cette entéro-anastomose, qui une ligature, qui une résection, qui enfin

une exclusion de l'anse afférente, de sorte que *le von Hacker ainsi compliqué devient infiniment plus long et plus complexe que l'Y de Roux;* or le mérite du von Hacker n'est-il pas tout entier dans sa simplicité et sa rapidité d'exécution ? — Délicats sont également les procédés par invagination de J.-L. Faure, et valvulaire de Kocher, et l'on sait maintenant quelle confiance on peut avoir dans leur efficacité.

C'est ailleurs, nous semble-t-il, qu'il faut chercher le remède aux accidents de circulus, et seule l'étude de la topographie de la région gastro-duodénale et des rapports respectifs de l'estomac, du mésocolon et de la partie initiale du jéjunum pourra nous renseigner à ce sujet. Par elle nous verrons si la présence d'une anse longue entre l'angle duodéno-jéjunal, point fixe de l'intestin grêle, et l'anastomose stomacale, est chose à rechercher ou non, et dans quelle position il convient de fixer cette anse. Nous verrons également où il convient d'établir son anastomose et comment on doit orienter l'anse jéjunale pour que estomac et intestin s'accolent, pour ainsi dire, naturellement, de façon qu'avec une simple ligne de suture pour parfaire cet accolement, tout hiatus et avec lui tout risque d'étranglement interne disparaissent.

Etude de la topographie gastro-duodénale

Petersen, le premier, a insisté sur ce fait que *dans les conditions normales* la grande courbure de l'estomac est située sur un plan inférieur a l'angle duodéno-

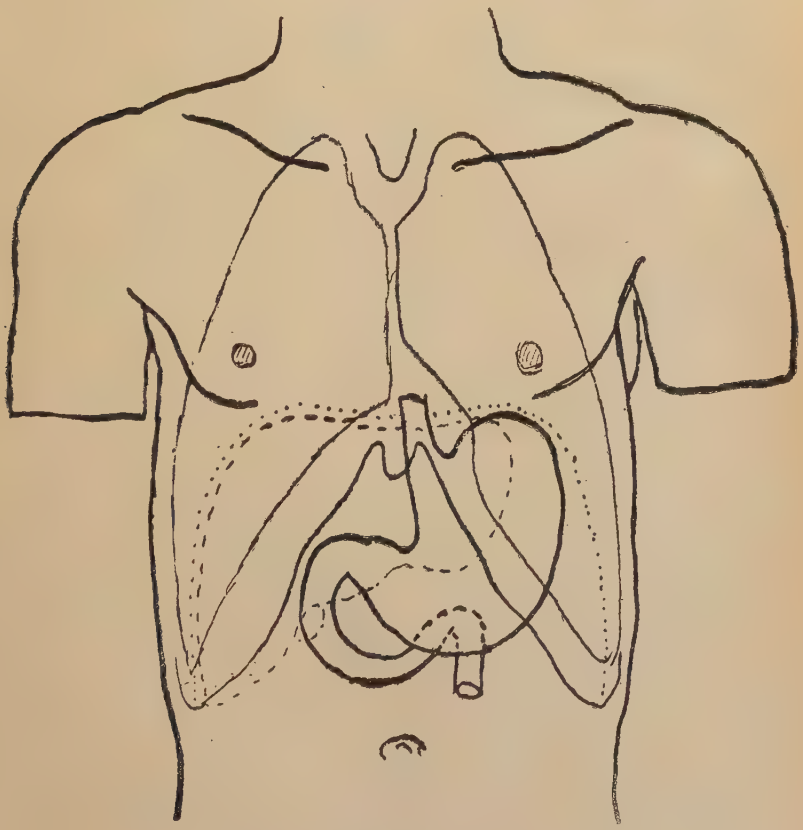

Fig. 4
Estomac normal, d'après Petersen.

jéjunal : celui-ci répond en effet au bord gauche de la mière, au lieu que le vestibule pylorique, qui représente le deuxième vertèbre lombaire, quelquefois même à la pre-

point le plus déclive de l'estomac, répond, pour Jonnesco, au disque séparant les troisième et quatrième vertèbres lombaires.

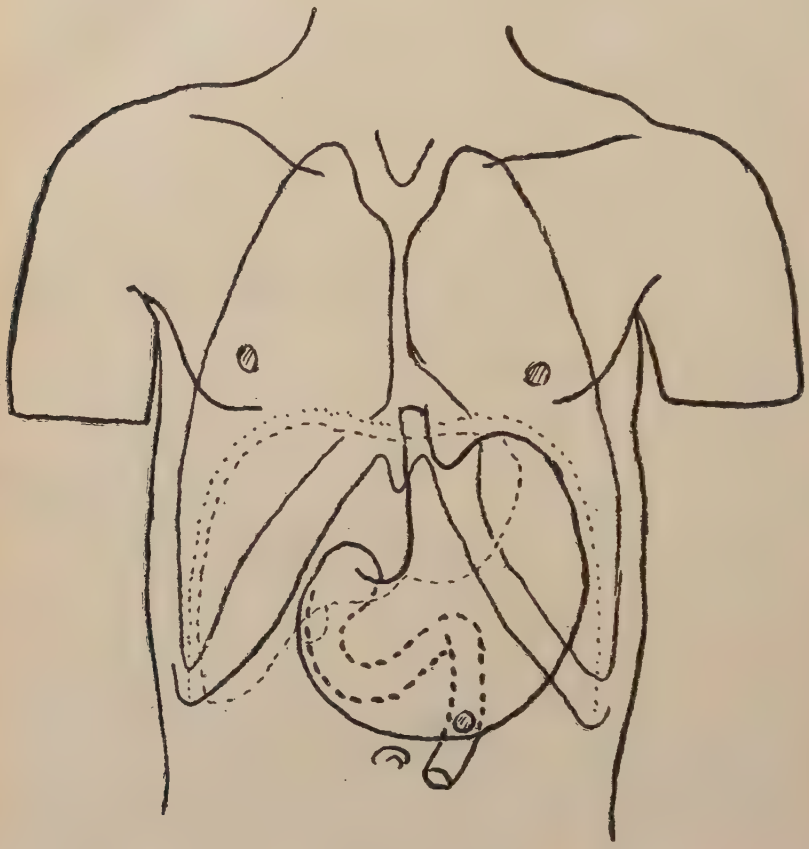

Fig. 5.
Estomac dilaté, d'après Petersen.

D'avant en arrière, d'après lui, *un plan passant par la partie moyenne de la deuxième lombaire rencontrerait également la petite courbure de l'estomac dans sa portion horizontale et la racine du mésocolon transverse, dans laquelle pénètre parfois l'angle duodéno jéjunal.*

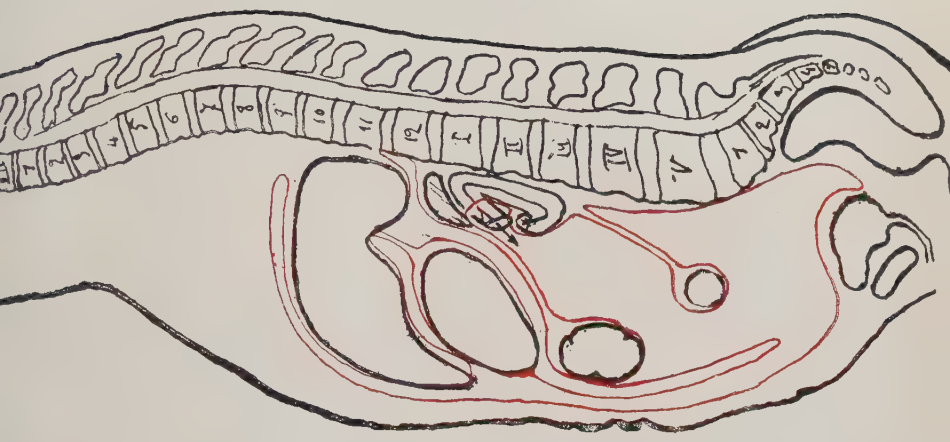

Fig. N° 6.

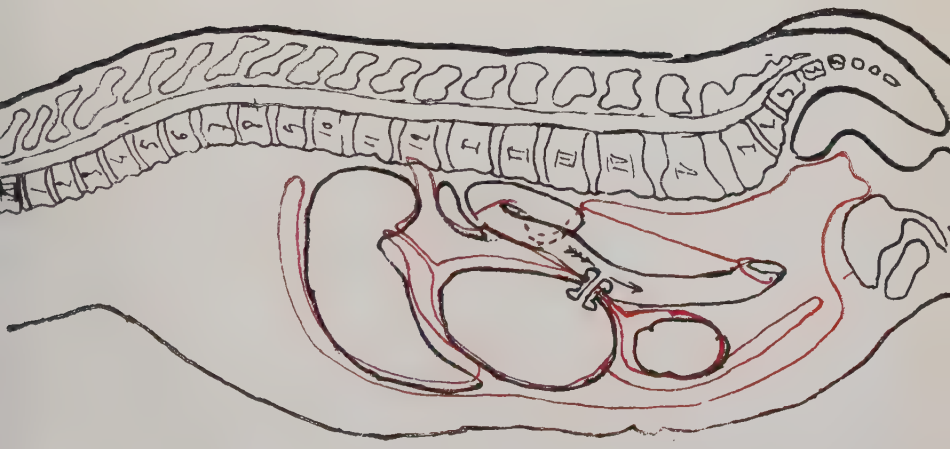

Fig. N° 7.

Estomac moyennement dilaté, d'après Petersen.

Notons que *ce sont là les rapports respectifs des organes à l'état normal : ils se modifient lorsque l'estomac est dilaté et, partant abaissé ce qui est presque toujours le cas lorsqu'on pratique une gastro-entérostomie.* Dans ce cas la grande courbure descend jusqu'à l'ombilic ou plus, et l'estomac, s'étalant vers la droite, recouvre complètement le duodénum et une plus ou moins grande longueur initiale de l'anse du jéjunum comme le montre l'excellent schéma de Petersen (Fig. 5).

Mais quoi qu'il en soit, même dans le cas d'estomac non dilaté, LE JÉJUNUM EST TOUJOURS RÉTRO-STOMACAL DANS SA PREMIÈRE PARTIE, ET SON ORIGINE A L'ANGLE DUODÉNO-JÉJUNAL EST TOUJOURS SITUÉE SENSIBLEMENT EN FACE LA PETITE COURBURE DE L'ESTOMAC. Dès lors pourquoi aller prendre une anse plus bas située et lui faire décrire une longue courbe, quand il n'y a qu'une communication à établir entre deux points situés l'un en face l'autre et se touchant par l'intermédiaire du feuillet mésocolique, puisque toujours à la grande courbure répond un point du jéjunum ?

TECHNIQUE DE PETERSEN

Fort de ces constatations anatomiques, Petersen insiste avec raison sur la NÉCESSITÉ DE LAISSER LE JÉJUNUM DANS SA POSITION PHYSIOLOGIQUE et il *fait son anastomose au point du jéjunum, situé exactement en face de la partie la plus basse de la grande courbure,* et qui, d'après ses mensurations, répond *à une distance moyenne de 3 à 10 centi-*

FIG. 8

Schéma de l'opération de Petersen.

mètres de l'angle duodéno-jéjunal, ne donnant à l'anse afférente une longueur supérieure que dans les très fortes

dilatations. « De la sorte, dit-il, l'anse anastomosée se porte directement, ou en ne décrivant qu'une courbe insignifiante, de haut en bas ; *il n'y a plus ainsi une anse droite et une anse gauche, mais une supérieure et une inférieure*, si l'on a soin de donner juste comme longueur à l'anse la distance séparant la grande courbure de l'angle duodéno-jéjunal. »

Cette technique de Petersen, qui *ne fait aucune suspension*, la jugeant inutile, et *fait son anastomose au bouton de Murphy* entre le point le plus déclive de l'estomac et la portion du jéjunum située en face, cette technique, disons-nous, est excellente dans ses grandes lignes : d'ailleurs les résultats qu'elle a donnés entre les mains de son auteur et de Czerny à la Clinique d'Heidelberg sont particulièrement remarquables, et Petersen constate non sans fierté que pendant que Chlumsky à Breslau a eu huit fois des phénomènes de reflux sur 43 opérations de von Hacker (or Chlumsky fait l'anastomose à 50 centimètres), lui sur 215 cas n'a pas eu une fois un accident sérieux de ce genre. D'ailleurs Pauchet s'est fait le défenseur de ce procédé et il en a éloquemment vanté les avantages au Congrès de Chirurgie de 1902. Il le compare au von Hacker avec lequel des coudes se forment toujours entre l'anastomose, transversale, accolée sur une certaine étendue, et, d'une part l'anse afférente, ascendante, d'autre part l'anse efférente, descendante, au niveau des points où chaque anse adhère à l'estomac; et il conclut: « Dans le procédé de Petersen, l'anse jéjunale se continue sans coudure : l'anse afférente est supérieure, l'anse efférente inférieure; elles se continuent l'une avec l'autre à plein

canal, de façon que sous l'influence de la pesanteur et du péristaltisme, l'écoulement de la bile et du suc pancréatique s'y effectue sans arrêt vers le reste de l'intestin ».

Imperfections du procédé de Petersen

Les points que nous venons d'énumérer constituent sans doute des avantages incontestables qui suffiraient à nous faire préférer le procédé de Petersen à la gastro-entérostomie classique par le procédé de Von Hacker, la question de l'anastomose au bouton de Murphy, qui sera traitée plus loin, étant mise à part. Mais il est une ombre au tableau. Tout d'abord, pour infiniment moins fréquentes qu'elles soient, *les chances de circulus ne sont pas absolument écartées :* que l'estomac très dilaté au moment où l'on est intervenu, mais évacuant facilement son contenu depuis la création de l'anastomose, revienne à ses dimensions primitives, remontant ainsi le niveau de sa grande courbure, l'anse afférente devenue ainsi trop longue et *non fixée*, décrit une courbe qui amènera pour peu qu'elle soit prononcée, la formation d'un angle aigu au niveau de l'anastomose, d'où éperon.

Mais il est un autre reproche, plus grave et particulièrement intéressant dans le cas qui nous occupe, et c'est Petersen lui-même qui nous apporte ce gros argument contre son procédé, avec les trois cas *d'incarcération* qu'il a eu à déplorer à la suite, chiffre relativement énorme si l'on songe que cette complication est rare, et que c'est la technique de Petersen encore peu employée, qui nous en

fournit le plus de cas. Ces cas, il les explique par une torsion inconsciente de l'anse anastomosée, autour de son axe, qu'aurait produite, ébauchée tout au moins, le chirurgien au moment de la coaptation des deux pièces du bouton de Murphy. C'est possible à la rigueur : mais d'une part cette torsion de l'anse anastomosée suivant un axe vertical n'aurait pu se produire s'il y avait eu une fixation quelque peu étendue de l'anse ; d'autre part quand bien même cette torsion se serait produite à un léger degré, elle n'aurait pas été suivie d'incarcération, si au-dessus de l'anastomose n'avait pas existé un hiatus par où l'intestin et le mésentère pouvaient s'engager, ou si cet hiatus s'était trouvé fermé par un procédé quelconque : or c'est là ce que produit la SUSPENSION VERTICALE DE L'ANSE AFFÉRENTE, et c'est là le point qui distingue de l'opération de Petersen le procédé de gastro-entérostomie postérieure à suspension verticale, que RICARD et CHEVRIER ont décrit (1).

---

1. Ricard et Chevrier. *Gazette des hôp.*, 24 janv., 1905, p. 101.

PROCÉDÉ DE RICARD ET CHEVRIER

Son principe : nécessité de la suspension de l'anse afférente

Le principe de cette opération est aisé à saisir, si nous nous rappelons, d'une part ce que nous avons dit de la topographie gastro-intestinale, d'autre part le rôle important de la FIXATION ÉTENDUE et surtout de la SUSPENSION DE L'ANSE AFFÉRENTE, qui a permis ce miracle d'avoir des accidents de circulus relativement peu fréquents et des résultats assez satisfaisants avec la si imparfaite opération de Wölfler, quand on lui adjoint la suspension en amont de l'anse anastomosée suivant la méthode de Laüenstein.

Cette efficacité de la fixation étendue de l'anse afférente dans la gastro-entérostomie postérieure est également chose bien connue, et depuis longtemps, puisque Pozzi la préconisa dès 1889. Mais bientôt on s'aperçut que la *fixation horizontale* de cette anse était impuissante, dans nombre de cas, à conjurer les accidents de reflux, et l'on s'occupa d'orienter la suture séro-séreuse d'enfouissement de telle façon qu'elle maintint *l'anse afférente plus élevée que la bouche anastomotique*, et l'on réalisa ainsi une *suspension oblique*. Ce serait évidemment un progrès si l'obliquité était toujours dirigée dans le sens convenable ; mais en

est-il toujours ainsi ? Les auteurs classiques conseillent d'orienter la suture parallèlement à la grande courbure de l'estomac et croient ainsi avoir tranché la difficulté. Mais cette grande courbure, suivie depuis la grosse tubérosité de l'estomac, surtout de l'estomac dilaté, et le schéma de Petersen nous en rend admirablement compte, est successivement descendante, puis sensiblement horizontale, et devient ascendante au niveau du vestibule pylorique.

Or on ne sait jamais sur quel point exact de la face postérieure de l'estomac porte l'anastomose, et ainsi, en faisant l'accolement des deux organes suivant une direction parallèle à la portion de grande courbure située en regard, on place, si l'anastomose porte au niveau du vestibule pylorique et c'est la tendance actuelle de rapprocher l'anastomose du pylore le plus possible, l'anse afférente en un point plus déclive que la bouche. Bien plus, cette déclivité de l'anse afférente sera *fatale*, si suivant le précepte de la plupart des traités de chirurgie opératoire gastrique, on donne à la ligne de suture une direction oblique en bas et à droite : car notons que lorsqu'on a pratiqué cette suture, l'estomac était relevé en haut, basculé autour de son axe horizontal, et lorsqu'il sera rabattu avec le mésocôlon à la fin de l'opération, l'obliquité sera modifiée et deviendra inverse de la précédente, mettant la bouche anastomotique au sommet de la fixation. A ce point de vue beaucoup plus sûre nous paraît la technique de Guibé, qui prévoyant ce changement dans la direction de la suture l'oriente en bas et à gauche. Mais cette technique est loin d'être communément suivie, et ces divergences entre les auteurs montrent, soit dit en passant, que *dans le Von*

Hacker classique il n'est pas si simple qn'on le croit d'orienter convenablement son anse anastomosée. En outre la manœuvre de détorsion de l'anse de Lücke-Rockwitz peut, elle aussi, être exécutée en sens inverse et si dans ce cas on y adjoint la suspension de l'anse, le circulus vitiosus est alors fatal : pareil désagrément est arrivé une fois à M. Hartmann et le résultat ne s'est pas fait attendre.

Avantage de la suspension verticale

Or, et rien que cela constituerait déjà un avantage dans le procédé de Ricard et Chevrier, TOUTE ERREUR, DE QUELQUE NATURE QU'ELLE SOIT, DANS L'ORIENTATION DE L'ANASTOMOSE, EST IMPOSSIBLE et cela tient à la FIXITÉ DES REPÈRES, PETITE COURBURE d'une part, ANGLE DUODÉNO-JÉJUNAL d'autre part, au niveau desquels va s'amorcer pour ainsi dire la suture qui, à partir de là suivra une direction verticale jusqu'à la grande courbure où l'on établira l'anastomose.

Nous avons vu, en effet que, *topographiquement* et cela sur l'estomac normal, non dilaté, l'angle duodéno-jéjunal répondait comme hauteur au flanc gauche de la deuxième lombaire, sinon de la première, pénétrant alors dans les feuillets du mésocolon transverse. Sur le même plan horizontal que lui, sinon sur un plan inférieur, se trouvent donc, en avant, la petite courbure de l'estomac dans sa portion horizontale, et entre les deux, la racine du mésocolon qui seule les sépare. *Une boutonnière étant faite dans le méso-*

colon en face l'angle duodéno-jéjunal, celui-ci viendrait, si l'on venait à rabattre mésocolon et estomac, s'accoler précisément à la petite courbure de l'estomac, et le contact se prolongerait pour la portion initiale du jéjunum descendant verticalement contre la paroi postérieure de l'estomac jusqu'à la grande courbure.

Dès lors, quoi de plus simple que de faire la suspension suivant la direction naturelle, verticale, du jéjunum ? De cette façon aucune erreur n'est possible dans l'orientation de l'anse, dans la direction à donner au surjet de suspension : on va chercher, comme le dit Ricard, *ce qui tient du côté de l'intestin*, c'est-à-dire l'angle duodéno-jéjunal, *ce qui tient du côté de la face postérieure de l'estomac*, c'est-à-dire la petite courbure et son voisinage, en évitant toutefois le tiraillement, et on commence sur ces points la suture d'accolement qui de là va descendre verticalement jusqu'à la grande courbure. Que va-t-il se passer ensuite, les organes étant remis dans leur situation normale ? ESTOMAC ET JÉJUNUM SERONT ACCOLÉS dans le sens antéro-postérieur DEPUIS L'ANGLE DUODÉNO-JÉJUNAL, C'EST-A-DIRE DEPUIS LA RACINE DU MÉSOCOLON TRANSVERSE, JUSQU'A LA GRANDE COURBURE, JUSQU'A L'ANASTOMOSE : AU-DESSUS D'ELLE, AUCUN HIATUS, l'accolement allant jusqu'à la racine du mésocolon, nous serions même tenté de dire jusque dans le mésocolon, puisque souvent l'angle duodéno-jéjunal s'y insinue ; S'IL PERSISTAIT UN HIATUS IL SERAIT REPORTÉ JUSQUE DANS L'ÉTAGE SUS-MÉSOCOLIQUE, JUSQUE DANS L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES ÉPIPLOONS, fermée aux anses grêles, tout naturellement, comme dans toute gastro-entérostomie postérieure, par la suture à la face postérieure de

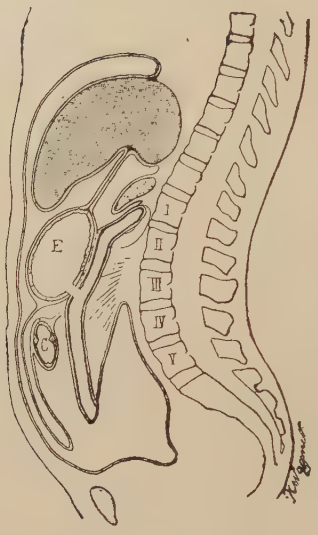

Fig. 9

Schéma de la suspension verticale de Ricard.

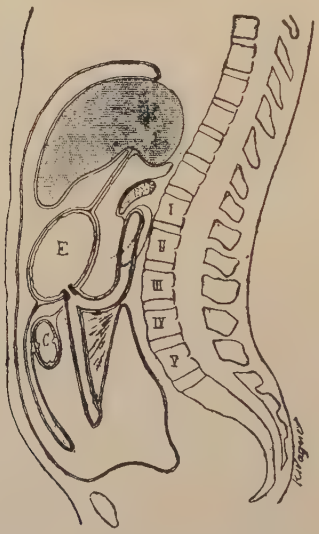

Fig. 10

Schéma de l'opération de von Hacker.

l'estomac des bords de la boutonnière mésocolique. *Il n'y a plus nulle part de défilé, de piège tendu aux anses grêles, plus de torsion possible de l'anse anastomosée, fixée sur toute sa longueur, plus de crainte d'incarcération*, comme nous le montre un simple regard jeté sur une coupe sagittale schématique, qui nous permettra de saisir d'emblée la différence avec le procédé de von Hacker.

Ce mode de suspension de l'anse afférente nous paraît infiniment préférable à celui qu'avait proposé, sans d'ailleurs l'avoir expérimenté, DE BEULE, au procédé duquel nous avions déjà fait allusion. Il préconise en effet de compléter le von Hacker classique qu'il fait avec anse afférente longue de 25 à 30 centimètres (nous ne revenons pas ici sur les inconvénients de cette manière de faire), par une fixation de cette anse dans le sens antéro-postérieur au bord inférieur du mésocolon transverse, sur une longueur de 6 à 7 centimètres. Difficulté de placer des points de suture nombreux sur le mésocolon qui coupe ou qui saigne, sans parler des risques de sphacèle de côlon si l'on vient à comprendre dans un point une branche vasculaire importante ; formation d'une boucle du fait des 20 centimètres d'anse afférente qui restent non fixés entre, d'une part l'angle duodéno-jéjunal, d'autre part la racine du mésocolon où commence la fixation ; production d'un coude à angle aigu au niveau de la fixation de l'anse à la racine du mésentère ; et, partant, difficulté pour le duodénum d'évacuer son contenu dans le jéjunum, et amorce à l'étranglement interne, telles sont les raisons qui nous font *a priori* condamner cette technique, qui d'ailleurs n'a jamais fait ses preuves.

On n'en peut dire autant de la méthode de Ricard et

Chevrier, qui maintenant a été employée dans nombre de cas et dont nous allons donner rapidement l'exposé de la technique que nous empruntons à la thèse de notre excellent ami et collègue *Gaudemet* (1) à laquelle on se reportera pour plus de détails.

Technique du procédé de Ricard et Chevrier

Les premiers temps sont exactement ceux du von Hacker :

I. — **Incision de la paroi abdominale. Inspection de la lésion.**

II. — **Effondrement du mésocolon transverse.**

III. — **Mise en position de l'estomac et du duodénum avant la suture.**

1° Par la boutonnière mésocolique, on attire *le plus qu'on peut* et *lentement* la face postérieure de l'estomac *jusqu'au voisinage de la petite courbure.* On est averti que l'estomac est amené autant que possible par la sensation de résistance. L'estomac ainsi amené est confié à l'aide qui le maintient et le présente à l'opérateur ;

2° On recherche l'anse jéjunale faisant suite à l'angle duodéno-jéjunal. Pour cela on tire sur l'intestin jusqu'à ce que l'on sente une résistance.

---

1. Gaudemet. Th. Paris 1906.

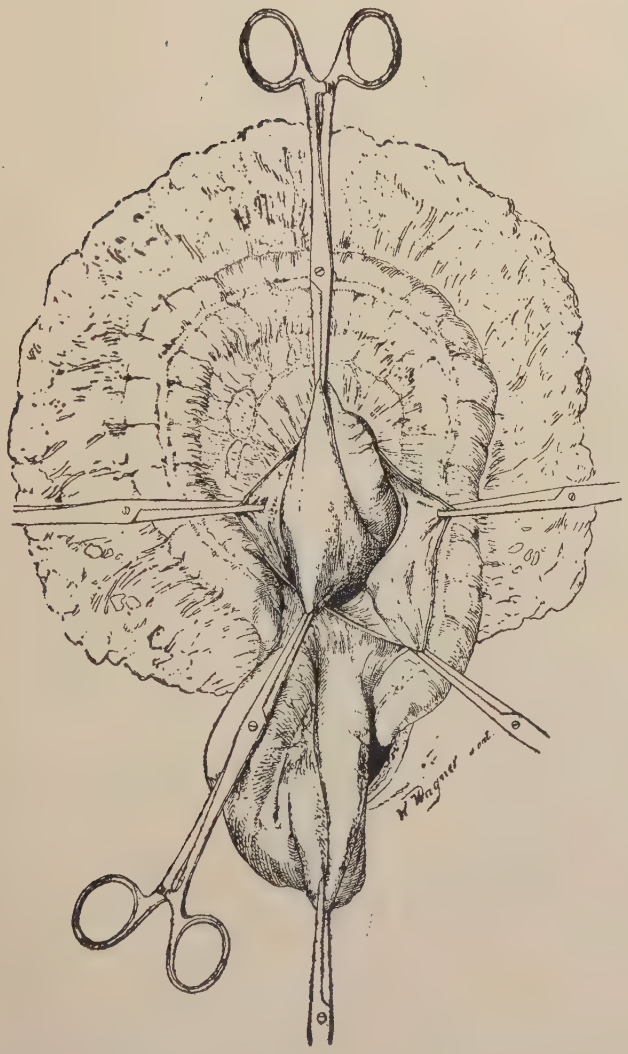

Fig. 11

Le mésocolon a été effondré. — L'opérateur a attiré l'estomac jusqu'à ce qu'il ait la sensation de résistance. — La petite courbure est en bas. — Les doigts de l'opérateur, glissés le long de la colonne vertébrale, ont ramené une anse qui est la bonne, car elle tient dans la profondeur.

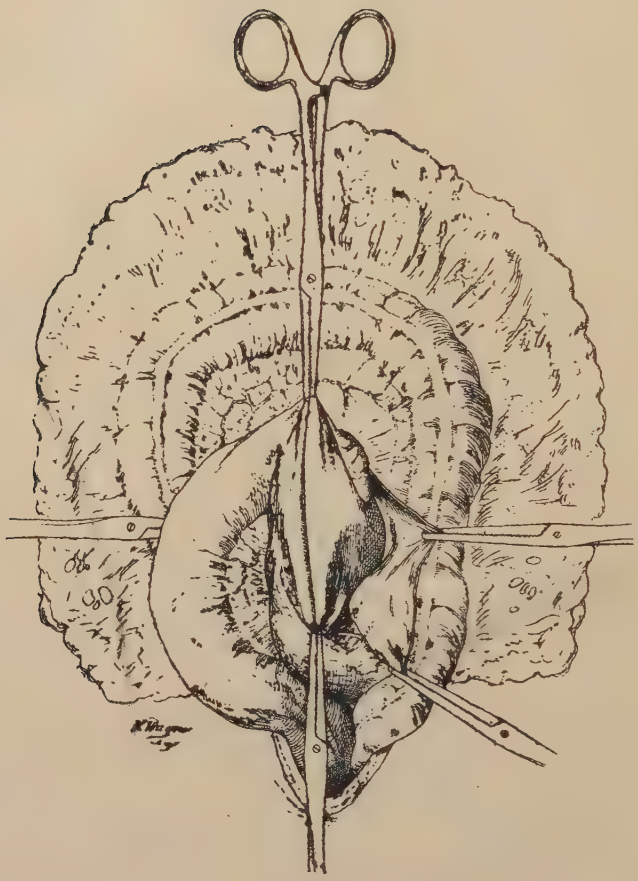

Fig. 12

L'opérateur a rapproché *ce qui tient* du côté stomacal (petite courbure), de *ce qui tient* du côté intestinal (angle duodéno-jéjunal. — Deux pinces maintiennent l'intestin accolé à la face postérieure de l'estomac, et tout est en place pour faire, d'une pince à l'autre, le surjet séro-séreux postérieur, surjet à la fois d'enfouissement et de suspension, et créer l'anastomose.

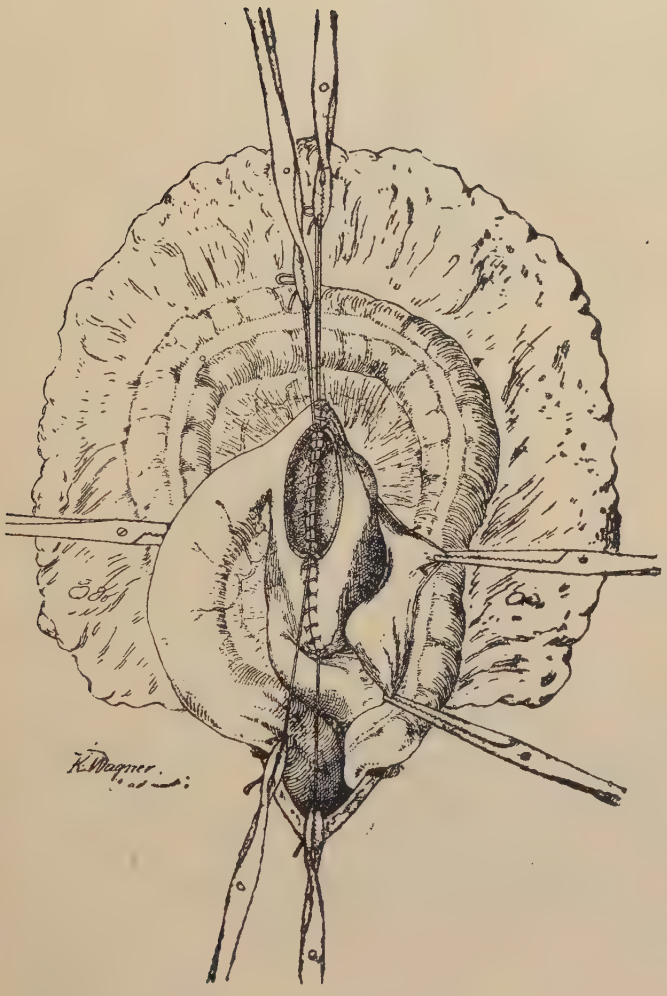

Fig. 13

L'incision des deux viscères n'a été faite que sur la partie supérieure de leur portion accolée. — Le surjet total postérieur est fait et l'on va commencer le surjet total antérieur. — On terminera par le surjet séro-séreux antérieur, égal en étendue au postérieur et solidarisé avec lui à ses deux extrémités.

Fig. 14

L'anastomose est terminée. — Les mains de l'opérateur ébauchent le mouvement de bascule qui s'achèvera quand les viscères vont rentrer dans l'abdomen. — Ce qui était supérieur au cours de l'opération, c'est-à-dire la néo-bouche va devenir inférieur. — Ce qui était inférieur, c'est-à-dire la partie de la suture séro-séreuse qui dépasse la bouche, va devenir supérieur. — Ainsi se trouve réalisée la suspension haute.

Prenant l'intestin l'opérateur le présente à la face postérieure de l'estomac que maintient l'aide, de manière à accoler *verticalement* estomac et intestin *en rapprochant les parties qui tiennent* (petite courbure, angle duodéno-jéjunal). Le contact est maintenu par deux petites pinces de Kocher. On s'assure que l'intestin ne tiraille pas sur la ligne de suture.

IV. — **Sutures et création de la bouche anastomotique.**

1° *Surjet séro-séreux postérieur* en commençant par en bas au voisinage de la petite courbure, en finissant à la grande. L'anse jéjunale se trouve ainsi accolée à l'estomac sur toute la hauteur de la face postérieure de celui-ci ;

2° *Incision de l'intestin.* Cette incision NE PORTERA QUE SUR LA MOITIÉ SUPÉRIEURE DE LA PORTION D'INTESTIN FIXÉE. Dans certains cas où l'étoffe manque Ricard consacre à la suspension seule toute la hauteur de la face postérieure de l'estomac, puis inclinant l'intestin vers l'extrémité pylorique, il fait une bouche presque horizontale près de la grande courbure.

3° *Incision de l'estomac* faite en regard de l'incision intestinale, c'est-à-dire près de la grande courbure ;

4° *Surjet total postérieur ;*

5° *Surjet total antérieur ;*

6° *Surjet séro-séreux antérieur* que l'on solidarise avec le postérieur ;

7° *Fixation à l'estomac de la brèche mésocolique* par deux ou trois points de suture au catgut.

V. — **Réduction des viscères dans l'abdomen.** —

Suture de la paroi. « Au cours du mouvement de bascul de l'estomac que produit l'opérateur en le rabattant avant de le réduire, ce qui était inférieur devient supérieur, ce qui était supérieur est inférieur, et désormais l'intestin descend accolé à la face postérieure de l'estomac sur toute la hauteur de cette dernière. *De cette large fusion, la moitié inférieure seule correspond à la bouche, la moitié supérieure* (*elle était inférieure au moment de l'exécution*) *est tout entière en suspension.* » (Ricard).

Ses avantages

Cette technique est presque de tous points celle, qu'après Ricard, qui employait le procédé depuis de nombreuses années, a préconisée Cardenal (de Barcelone) au Congrès de la Société internationale de chirurgie à Bruxelles (septembre 1905). Nous ne retenons qu'une chose de cette communication, c'est que ayant fait cette opération dans 40 cas il n'a pas observé une fois d'accidents de circulus. Et Rusca (de Madrid) qui l'a employée depuis, rapporte la dernière statistique de Cardenal (1907) portant sur 100 opérés, et celle d'autres chirurgiens espagnols ayant employé la même technique, tous sans aucun cas de circulus.

Ricard de son côté depuis qu'il l'emploie n'a eu qu'un cas de vomissements après l'opération, que Gaudemet rapporte dans sa thèse, vomissements noirs qui ressemblaient fort aux vomissements de la dilatation aiguë de l'estomac.

D'occlusions siégeant au niveau du foyer opératoire par

torsion ou par incarcération, nous n'en parlons même pas, nous avons montré que leur production était MATÉRIELLEMENT IMPOSSIBLE, au lieu que nous avons vu la fréquence de ces cas après les opérations par le procédé de Petersen.

Nous n'entreprendrons pas d'ailleurs ici d'exposer les résultats de cet excellent procédé : nous résumerons seulement ses avantages, que nous avions déjà exposés ou fait pressentir, sur tous les autres procédés de gastro-entérostomie postérieure, y compris le procédé de Petersen qui pourtant à notre avis est après lui le meilleur de tous.

Tout d'abord sa *facilité au point de vue du choix des portions d'estomac et d'intestin à accoler, et de la direction à donner à l'anastomose :* nous avons déjà insisté sur ce point, et n'y reviendrons plus.

Il porte au maximum les conditions de bon fonctionnement de la bouche stomacale : plus que tout autre procédé il crée une différence de niveau considérable entre le point le plus élevé de la suspension et la bouche anastomotique ; l'anse jéjunale tombant normalement le long de la face postérieure de l'estomac, les aliments contenus dans l'estomac passent naturellement vers le jéjunum, de même les liquides duodénaux qui arrivent par le bout fixé, descendent naturellement le long de la paroi postérieure de l'intestin, sans avoir aucune tendance à entrer dans l'estomac. *Et ces conditions favorables ne sont pas susceptibles de se modifier du fait de la formation d'un éperon ou d'une coudure :* c'est là chose impossible étant donnée la fixation étendue et haute de l'intestin.

Une seule objection, prévue par Ricard et Chevrier,

pourrait être faite à leur procédé : la *stase des liquides duodénaux en amont de la suspension* et, partant, la *possibilité de régurgitation,* qui sont d'ailleurs à un faible degré inséparables de toute gastro-entérostomie par abouchement latéral : seuls les procédés par implantation peuvent absolument garantir contre cet accident, sans gravité d'ailleurs et sans aucune influence sur la digestion stomacale. Mais cette stase duodénale existât-elle, elle ne serait que momentanée et peu accentuée, et dès que les liquides duodénaux auraient atteint le niveau de la suspension qui répond sensiblement comme hauteur à l'angle duodéno-jéjunal, ils couleraient dans l'intestin sans aucune tendance à refluer par le pylore.

« D'ailleurs, ajoutent Ricard et Chevrier, la portion d'intestin incriminée, en amont de la suspension, ne sera qu'exceptionnellement ascendante, l'angle duodéno-jéjunal répondant à la première ou à la deuxième lombaire et la petite courbure descendant jusqu'à la deuxième lombaire ; et, le fût-elle, l'écoulement des liquides stomacaux dans le bout iléal de l'intestin ferait siphon dans le bout duodénal ; une fois le siphon amorcé, et il le sera à la première déplétion stomacale, l'écoulement des liquides duodénaux se fera de façon régulière. »

Telle est la méthode qui, pour les diverses raisons que nous venons d'exposer, nous paraît de beaucoup mériter nos préférences lorsqu'on veut exécuter une gastro-entérostomie par abouchement latéral. Pourtant, bien qu'il ne rentre pas dans nos vues de discuter ses indications et ses mérites, nous ne pouvons passer sous silence la

méthode qui consiste à aboucher latéralement, non plus le jéjunum, mais la deuxième portion du duodénum à l'estomac : nous voulons parler de la **gastro-duodénostomie**. Nous croyons que rares sont les occasions où cette opération est possible. Il faut évidemment un estomac extrêmement dilaté pour que l'on puisse, sans amener de tiraillements dangereux pour la suture, pratiquer cette opération, et nous ne parlons ici que de la *gastro-duodénostomie sous-pylorique par le procédé de Villard*, complétée ou non, comme l'a recommandé Doyen au dernier congrès de chirurgie pour certains cas d'ulcères avec spasme du pylore, de la section du pylore. Quant au *procédé d'abouchement antérieur de Jaboulay*, en dehors de toute autre objection, il nécessite encore plus d'étoffe que la méthode de Villard, ce qui rend tout à fait restreint le nombre de cas où il pourrait être tenté : nous ne ferons pas ici la critique de la méthode de Villard, dont d'ailleurs nous n'avons aucune expérience, et qui est bien rarement employée, au moins à Paris : disons seulement que, du moins, au point de vue qui nous occupe, elle présente cette qualité de ne pas permettre la possibilité d'un étranglement intestinal, soit par torsion, soit par incarcération, si l'on a soin, comme le spécifie Doyen, de faire remonter la suture d'accolement gastro-duodénale jusqu'au pylore. Mais C'EST LÀ MÉTHODE D'EXCEPTION, trop rarement applicable pour avoir pu faire sa preuve, et dans l'immense majorité des cas, c'est à la gastro-jéjunostomie que nous aurons recours, et la technique de Ricard que nous emploierons.

La gastro-entérostomie faite par ce procédé, et ce n'est pas un de ses moindres avantages, est en effet *très rapide* : 25 minutes, nous dit Gaudemet, et nous ne doutons pas que des chirurgiens rompus aux opérations gastro-intestinales comme son auteur ne pussent le faire en moins de temps encore. Que si pourtant l'opérateur pensait gagner du temps en employant au lieu de la suture le **bouton de Murphy** ou tout autre bouton anastomotique, celui de Jaboulay-Lumière si en faveur à Lyon par exemple, rien ne nous semble plus facile que d'ADJOINDRE L'ANASTOMOSE AU BOUTON TEL QUE LE FAIT PETERSEN, A LA SUSPENSION VERTICALE CARACTÉRISTIQUE DU PROCÉDÉ DE RICARD, et ainsi on aura tous les avantages que procure ce dernier en même temps que les risques de torsion et d'incarcération que fait courir le Petersen sont écartés. Nous ne savons si cette tentative a été faite, en tous cas elle n'est pas signalée : mais elle nous paraît logique et digne d'être essayée *dans des cas où l'on voudrait conduire l'opération le plus rapidement possible*. On disposerait en regard l'une de l'autre les parties à anastomoser exactement comme dans le Ricard type ; un surjet séro-séreux de catgut, suivant une ligne simple ou double, produirait l'accolement gastro-intestinal depuis la petite courbure jusqu'au voisinage de la grande courbure, point où doit porter l'anastomose ; on l'arrêterait à ce niveau, et l'anastomose au bouton serait faite suivant la technique habituelle, contre la grande courbure, et touchant en haut à la fin du surjet d'accolement.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE PAR DOUBLE ABOUCHEMENT EN Y DE ROUX

Ses avantages

Mais quelque satisfaisants que soient les résultats fournis par le procédé de gastro-entérostomie postérieure de Ricard, il est des chirurgiens, tels Roux, Monprofit, Pantaloni, Pauchet, qui regardent toujours comme une cause d'infériorité la *latéralité* de l'abouchement gastro-intestinal. La méthode d'implantation présente, en effet, sur le Von Hacker type des avantages incontestables : *avec elle on est absolument à l'abri de trois sortes d'accidents reprochés aux méthodes d'abouchement latéral* communément employées, à savoir *le reflux de la bile dans l'estomac*, *le retour du contenu de l'estomac dans le duodénum*, et la *difficulté d'évacuation du contenu stomacal*. Sans doute, en employant la technique de Ricard avec suspension verticale de l'anse afférente, nous nous mettons de façon à peu près absolue à l'abri du circulus vitiosus : mais par cette opération, les régurgitations de bile, au moins légères, sont-elles complètement évitées, nous n'oserions l'affirmer. Elles constituent un accident de minime importance, il est vrai, et n'influent pas de façon fâcheuse sur la digestion stomacale, d'accord ; mais encore est-il qu'elles sont désagréables pour le malade, qu'elles

prédisposent aux vomissements dans les jours qui suivent l'opération, où précisément l'estomac s'évacue moins facilement qu'après une implantation terminale du jéjunum anastomosé. Or ces accidents atténués, ces légers ennuis, ces défauts passagers qui se voient après les abouchements latéraux les plus correctement exécutés, on ne les voit jamais si l'on emploie le procédé en Y de Roux. Aussi est-il considéré comme le procédé idéal par tous les chirurgiens suffisamment rompus à la pratique de la chirurgie gastro-intestinale pour exécuter cette opération en un temps qui n'excède pas de beaucoup les 40 à 45 minutes que demandent pour le faire Roux et Monprofit : mais encore faut-il que l'état général du malade lui permette de supporter sans trop de shock une opération de cette durée, bien que Monprofit maintenant chez tous ses malades, même chez les cachectiques les plus épuisés, nous dit-il, fasse l'Y.

Sa *durée*, la rapidité opératoire qu'elle nécessite du chirurgien, voilà les seuls reproches que l'on puisse adresser à cette opération qui, *lorsqu'on fait l'abouchement postérieur s'entend, met aussi bien à l'abri de l'occlusion intestinale que du circulus.*

Si en effet nous nous conformons scrupuleusement à la technique qu'en a donné Roux, nous voyons qu'avec elle toute torsion de l'anse anastomosée, toute incarcération est impossible. Roux d'ailleurs, en en fixant le manuel opératoire, avait pensé à l'occlusion intestinale, ce qui était le meilleur moyen de l'éviter, et nous n'avons pour nous en convaincre qu'à examiner point par point sa technique.

Sa technique

Après les premiers temps de toute gastro-entérostomie postérieure rétro-colique, recherche de l'angle duodéno-jéjunal, effondrement du mésocolon transverse, Roux sectionne entre deux Kocher transversalement le jéjunum à une distance minima de 15 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal (ici la longueur de l'anse intermédiaire au jéjunum et à l'anastomose n'a plus l'importance qu'elle avait dans la gastro-entérostomie postérieure par abouchement), et en même temps il incise le mésentère jusqu'à la première bifurcation artérielle, sectionnant d'ailleurs l'arcade vasculaire si besoin est d'avoir plus de jeu pour amener au contact de l'estomac le bout inférieur du jéjunum.

Il anastomose ce bout à la face postérieure de l'estomac à 1 centimètre environ de la grande courbure, par une suture à deux plans (Monprofit) ou à trois plans (Roux), puis il « laisse glisser l'estomac dans la brèche du mésocolon et fixe les bords de celle-ci en collerette par trois ou quatre points sur la ligne de sutures. » Reste à établir l'anastomose jéjuno-jéjunale du bout supérieur à 15 centimètres environ du nouveau pylore, par abouchement termino-latéral. »

Les deux anastomoses terminées, dit-il, *nous fixons par un petit nombre de points de catgut les bords de la section mésentérique, afin d'éviter l'engagement d'une anse intestinale dans les trous constitués par l'opération* », et il ajoute : « Cette préoccupation n'est pas encore née chez

les partisans de la gastro-entérostomie antérieure simple, qui ont enregistré déjà pareil accident mortel entre l'anse attirée à l'estomac et le côlon transverse. »

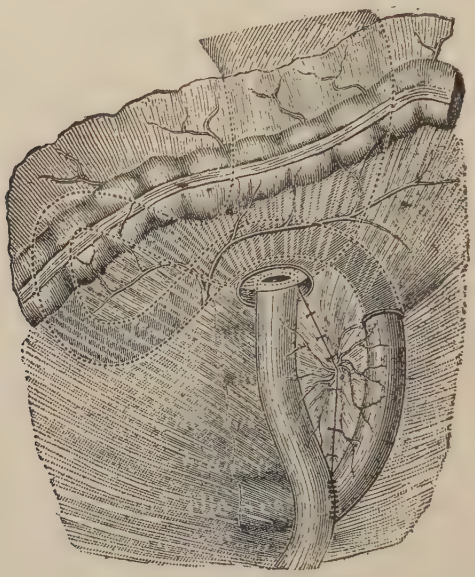

Fig. 15
D'après Roux.

Un schéma de l'opération terminée, que nous empruntons à la monographie de Roux sur la gastro-entérostomie en Y, nous montre d'ailleurs cette suture de la circonférence de l'intestin à la brèche du mésocôlon transverse continuée en arrière par la suture à celui-ci, jusqu'à la racine du mésentère, de toute la tranche de section inférieure de ce mésentère, celle qui répond au bout jéjunal inférieur. Quant à la tranche de section supérieure du mésentère, elle vient se coucher sur la face gauche du feuillet mésentérique du bout jéjunal inférieur à laquelle on la fixe égale-

ment par des sutures de façon que les deux feuillets se chevauchent et se doublent pour ainsi dire. De cette façon AUCUN HIATUS NE SUBSISTE et *l'occlusion intestinale est absolument impossible, de même que dans cette méthode est inconnu le circulus.*

Seule la longueur de ce procédé peut en restreindre l'emploi : un petit nombre d'opérateurs, et cela seulement dans des cas favorables au point de vue de la résistance du sujet, emploiera le Roux, étant donné le temps qu'il nécessite pour être exécuté correctement. Et à ce propos la même question se pose, que nous avons déjà effleurée pour le procédé de Ricard, *question du mode d'anastomose,* plus importante cette fois, car il ne s'agit plus d'une anastomose, mais de deux, soit huit surjets au lieu de quatre, sinon douze au lieu de six comme le conseille Roux qui fait trois plans de sutures. *Est-on autorisé à employer au lieu de la suture le bouton de Murphy* ou tout autre bouton anastomotique? y a-t-il même avantage à le faire? telle est la question que nous allons examiner.

EMPLOI DU BOUTON DE MURPHY

Nous ne revenons pas ici sur les trois cas d'incarcération relatés par Petersen et rapportés par lui à la mise en place incorrecte du bouton de Murphy : nous les mettons absolument à part. Nous avons dit plus haut qu'à notre avis c'était surtout l'absence de suspension de l'anse afférente qui devait être incriminée plus que le bouton de Murphy, bien que celui-ci ait put amener une torsion que n'aurait pu produire la suture.

Mais ce ne sont pas là les seuls accidents qu'il ait donnés, et ses partisans les plus chauds le reconnaissent eux-mêmes. De fait au Congrès de Chirurgie de 1905, Czerny (de Heidelberg) qui apportait les résultats de 176 gastro-entérostomies exécutées à sa clinique par la méthode de Petersen en employant le bouton de Murphy, nous mettait lui-même en garde contre ses dangers en nous signalant un cas où à l'autopsie d'un de ses opérés mort de pneumonie il avait retrouvé le bouton *enclavé* dans l'intestin, et en outre sept cas où il avait dû à la suite de l'emploi du Murphy, recourir à des opérations secondaires : dans deux cas il fit une gastrotomie pour aller rechercher le bouton tombé dans l'estomac, et cinq fois par une gastro-entéroplastie il dut élargir l'orifice anastomotique trop étroit. Tout cela joint à d'autres accidents bien connus, tels les *phénomènes d'occlusion* plus ou moins inquiétants qui dans nombre d'observations ont accom-

pagné l'expulsion du bouton, telles surtout les *perforations secondaires* de l'intestin, soit au niveau même de l'anastomose, soit plus bas du fait de l'arrêt dans sa migration du bouton, tout cela, disons-nous, serait de nature à complètement discréditer cette méthode d'anastomose, d'autant que *la pose correcte du Murphy est moins facile qu'on ne se l'imagine communément:* Roux l'avait déjà dit, et Pauchet l'a excellemment répété : « *il est plus facile,* dit-il, *de faire une suture suffisante que d'appliquer* CORRECTEMENT *le bouton de Murphy.* »

Ne nous hâtons pas cependant de condamner ce procédé à qui nombre de malades opérés *in extremis* doivent la vie. En effet la *rapidité* de l'acte opératoire est certainement plus grande avec le bouton qu'avec les sutures : au lieu de quatre surjets par anastomose, un fil passé en bourse autour de la future ouverture viscérale et que l'on serrera sur la moitié correspondante du bouton une fois mise en place, et c'est tout. Nous insistons sur ce point : *la suture séro-séreuse d'enfouissement* que beaucoup d'opérateurs s'obstinent à pratiquer *est non seulement inutile* (car la muquense ne *doit* pas faire hernie, *si l'anastomose est bien faite*), *elle est encore mauvaise* en ce qu'elle gênera la chute ultérieure du bouton ; et c'est ainsi qu'on verra des ulcérations de l'intestin, des boutons qui tombent dans la cavité stomacale au lieu d'aller dans l'intestin.

En somme, *technique délicate* dans le détail : incision correspondant juste comme dimensions au diamètre du bouton, de façon qu'il s'y engage en forçant un peu, — distance de la suture en bourse aux lèvres de l'incision exactement calculée, — muqueuse ne faisanf pas hernie

une fois le bouton mis en place, — autant de petits points à surveiller attentivement et qui demandent une certaine habitude de l'opération. Mais, moyennant cela, rapidité extrême de l'acte opératoire, rapidité à laquelle aucun suturiste, pour si exercé qu'il soit, ne pourra atteindre. C'est là l'avantage capital ; il en est d'autres : l'hémostase parfaite du fait de la compression exercée sur les lèvres de l'anastomose par les deux moitiés du bouton mises en place et serrées, — la protection par elles des surfaces cruentées de l'anastomose, qui cicatrisent à l'abri du contenu stomacal, et, partant, la possibilité d'alimenter sitôt après l'opération le malade en toute sécurité, — tels sont les avantages qui nous paraissent commander l'emploi de cette méthode chaque fois qu'on aura affaire à un sujet très affaibli, tels surtout certains néoplasiques.

Mais ce sont des malades que l'on devra surveiller particulièrement tant qu'ils n'auront pas expulsé leur bouton, guettant la moindre menace d'occlusion ou de tout autre phénomène de migration défectueuse, et n'hésitant pas sitôt qu'apparaît un quelconque de ces accidents à FAIRE RADIOGRAPHIER LE MALADE, pour voir si le bouton a commencé sa migration, et s'il ne tend pas à se fixer en un point quelconque de l'intestin où il pourrait amener une perforation, ce que démontreront deux radiographies faites à quelques jours de distance. Ajoutons que même à l'absence de tout phénomène inquiétant une radiographie, devra toujours être faite, si les délais habituels d'expulsion du bouton sont passés, pour renseigner sur sa situation.

Cette diminution de la durée du temps opératoire, plus

sensible naturellement avec un procédé exigeant deux anastomoses, devra-t-elle faire considérer l'opération en Y de Roux comme la méthode qui doit bénéficier le plus de l'emploi du Murphy? Nous ne le pensons pas, bien au contraire. Si en effet nous avons affaire à un de ces cachectiques auxquels nous faisions allusion il y a un instant, le Roux même avec bouton sera encore trop long ; et puis, si l'on ne peut se défendre d'une certaine appréhension lorsqu'on abandonne dans l'intestin un corps étranger métallique aussi volumineux que le Murphy, deux à plus forte raison doivent inquiéter, chacun d'eux étant pour sa part susceptible d'amener l'un quelconque des accidents que nous avons signalés.

Or nous avons dans la gastro-entérostomie, suivant la technique de Ricard, un excellent procédé, ayant fait ses preuves, et que seules des considérations théoriques, disons-nous, empêchent de mettre sur le même plan que l'Y de Roux, et cela étant il nous paraît que la décision à prendre sur le procédé à employer en face d'un malade qui doit subir une gastro-entérostomie est chose facile.

DU CHOIX D'UN PROCÉDÉ DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Avons-nous affaire à un malade en état de supporter une intervention de vingt-cinq ou trente minutes, mais qu'il serait périlleux de maintenir sous chloroforme une heure (c'est au moins ce que doit compter un opérateur non entraîné pour faire l'Y de Roux) ? c'est le RICARD TYPE, AVEC SUTURES, que nous lui ferons : l'Y au bouton de Murphy aurait demandé, sinon plus, au moins autant de temps et nous laisserait moins rassuré sur le sort ultérieur de notre opéré.

Voulons-nous, au contraire, à tout prix, étant donnée sa faiblesse, gagner des minutes, décidons-nous pour l'emploi du BOUTON ; mais dans notre désir de faire vite, ne cherchons pas à économiser *la minute* nécessaire pour conduire un *surjet vertical de la petite courbure au point choisi pour l'anastomose*, ou faire au moins quelques points séparés d'accolement, exécutant ainsi ce procédé mixte que nous préconisons, et qui d'ailleurs n'a rien d'original, étant une *sorte de compromis entre le Petersen et le Ricard*.

Que si, au contraire, nous sommes en présence d'un malade résistant, pouvant faire les frais d'une opération pour laquelle il sera toujours prudent de compter plus comme durée que les quarante ou quarante-cinq minutes qui suffisent à des opérateurs comme Roux et Monprofit, si nous avons de la suture intestinale une pratique suffisante, si nous sommes bien aidés, nous nous déciderons pour l'ABOUCHEMENT EN Y PAR DOUBLE IMPLANTATION, et

quitterons notre malade avec la certitude d'un résultat fonctionnel parfait.

Mais quoi qu'il en soit du procédé choisi, **à condition que l'état des organes nous permette de faire une anastomose postérieure**, nous pouvons affirmer que **notre opération ne pourra à aucun moment être une cause d'occlusion intestinale**, et cela, avec les techniques employées de façon courante jusqu'ici, on n'était pas en droit de le dire.

Malheureusement, il est des cas où les lésions ne nous permettent qu'un ABOUCHEMENT DU JÉJUNUM A LA PAROI STOMACALE ANTÉRIEURE : Monprofit, là encore, fait une DOUBLE IMPLANTATION EN Y, ses résultats fonctionnels sont très bons, il n'a pas encore observé de cas d'occlusion, mais de cette complication il n'est pas plus à l'abri qu'avec un Wölfler classique. Et comme dans ces cas où la paroi postérieure de l'estomac tout entière est envahie, où des adhérences par infiltration néoplasique de voisinage immobilisent l'organe, l'état général est d'ordinaire loin d'être brillant, c'est en fin de compte à la GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE PAR ABOUCHEMENT LATÉRAL DE WÖLFLER, *faite le plus ordinairement au bouton de Mürphy*, et *complétée par deux ou trois points de suspension à la Lauenstein*, qu'on aura recours le plus souvent. Ce sont des cas où l'on n'a pas le choix du procédé, et d'ailleurs, il faut bien l'avouer, l'occlusion intestinale du fait de la technique employée est encore le moindre des risques que courent les malheureux opérés dans les quelques mois qui leur restent encore à vivre.

OBSERVATIONS

I. — OCCLUSIONS PAR OBSTACLE SITUÉ LOIN DU FOYER OPÉRATOIRE ET INDÉPENDANT DE LA TECHNIQUE SUIVIE

Observation I

Wessel. — *Occlusion intestinale après gastro-entérostomie postérieure exécutée de façon atypique, du fait d'une anomalie anatomique dans la position de l'intestin grêle et de son mésentère.*

(Bibliothek for Lœger, juillet 1904, *in Semaine médicale*, 1904, p. 328.)

Une femme présentait des troubles gastriques attribués à un estomac biloculaire ; on fait une *gastro-entérostomie postérieure rétro-colique*.

Après l'opération, douleurs très intenses, puis *symptômes d'occlusion intestinale*.

Six jours après l'opération on fait une *nouvelle laparotomie* et on voit que *l'anastomose avait été faite entre l'estomac et la dernière partie de l'iléon : nouvelle gastro-entérostomie après*

résection de la portion d'iléon primitivement anastomosée ; mais mort.

L'*autopsie* montra que le *mésentère, très haut situé, n'avait que 4 centimètres de longueur et se dirigeait en bas et à gauche.* La dernière anse de l'iléon qui débutait ainsi dans la partie gauche de l'abdomen s'étendait de ce point en droite ligne, et par voie rétro-péritonéale, jusqu'au cæcum, lui-même haut placé. La situation étrange et la fixité de cette dernière anse de l'iléon l'avaient fait prendre pour le duodénum. L'estomac devait s'étrangler partiellement et de temps à autre sur la bride que formait le si court mésentère, d'où les phénomènes simulant l'estomac biloculaire ; et *les anses intestinales libres devaient se couder sur l'anse fixe de l'iléon*, car la malade prétendait avoir des selles plus faciles lorsqu'elle était couchée que levée.

Observation II

Hartmann. — *Gastro-entérostomie postérieure. — Volvulus de l'intestin grêle tordu en totalité autour du mésentère* (*Travaux de Chirurgie*, 1903, p. 225. Observ. 29.)

Homme, quarante et un ans. Il y a dix ans, pituites matutinales avec sensation de brûlure gastrique, réveillant quelquefois le malade dans la deuxième moitié de la nuit. Au bout de deux ou trois ans il s'y ajoute des vomissements alimentaires.

Les douleurs et les vomissements augmentent · amaigrissement, perte de 8 kilos en quatre mois.

Pas de stase à jeun.

Le 6 juin 1900, *gastro-entérostomie postérieure :* on trouve le long de la petite courbure, à gauche du pylore, une surface déprimée, reposant sur une induration un peu étalée.

(La fin de cette observation a été égarée et il n'en a été retenu que les points principaux.)

Quelques jours après l'opération, accidents d'occlusion intestinale.

Le 13 juin, *sept jours après la première intervention,* nouvelle *laparotomie : nous détordons un volvulus de l'intestin grêle tordu* EN TOTALITÉ *autour du mésentère.*

Mort.

OBSERVATION III

GROSS. — *Gastrectomie. — Occlusion intestinale par bride de péritonite adhésive siégeant dans la régio iléo-cæcale.* (*Revue médicale de l'Est,* 1er septembre 1904, *in Semaine médicale,* 1904, p. 324.)

La malade eut à subir une *gastrectomie assez étendue* pour infiltration cancéreuse de la région prépylorique de l'estomac.

Suites opératoires des plus simples : tout au plus dans les premiers jours un peu de ballonnement abdominal sans réaction péritonéale ni ascension thermique.

Le trente-troisième jour, un changement brusque se produit : le facies se grippe rapidement, des coliques apparaissent, le cours des gaz et des matières s'arrête. Le météorisme, qui s'était installé d'emblée, dessine bientôt, sous les téguments, les anses intestinales distendues. Les vomissements bilieux, le pouls petit et presque incomptable, l'hypothermie complètent le tableau et

ne laissent aucun doute sur l'existence d'une *occlusion intestinale.*

On rouvrit alors l'incision médiane sus-ombilicale sans rien trouver qui expliquât les phénomènes d'occlusion. Ce n'est qu'après avoir prolongé l'incision par en bas que l'on tomba *dans la région iléo-cæcale,* où les anses étaient distendues à l'extrême, sur une *bride en amont de laquelle l'intestin était dilaté, tandis qu'en aval il était aplati et vide.*

Section de la bride et fermeture du ventre.

L'amélioration suivit rapidement, et, après dix jours, l'état de la malade était absolument satisfaisant.

Observation IV

Preindlsberger. — *Gastro-entérostomie antérieure pour ulcère. — Occlusion du grêle à 80 centimètres au-dessous de l'anastomose par sténose cicatricielle* (d'origine probablement tuberculeuse) *d'un segment intestinal, et racourcissement du mésentère correspondant, d'où coudure et ébauche de torsion.*
(*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1901, t. XIV, p. 118. Traduction personnelle.)

Mustapha B..., vingt-cinq ans. Dilatation de l'estomac, vomissements, pas de tumeur appréciable, quelques hématémèses.

28 avril 1898. — Laparotomie et *gastro-entérostomie antérieure.* On trouve sur le pylore un point plus pâle, dur au toucher et cicatriciel, sans ganglions : *ulcère de l'estomac.* On attire l'extrémité supérieure du jéjunum, et on la fixe à peu

près à 30 centimètres du duodénum à la paroi antérieure de l'estomac. Accolement séro-séreux sur 8 centimètres de longueur. Anastomose classique.

Bon état pendant six mois, puis apparaissent après les repas des vomissements rebelles, et de la douleur dans la région de l'estomac. Pas d'amélioration par la médication interne et les lavages d'estomac.

Le 7 septembre 1900, *deux ans et demi après la première intervention*, tableau de *l'occlusion intestinale :* vomissements rebelles, léger météorisme, ni selles, ni gaz.

Laparotomie le 8 septembre après un lavage d'estomac. On incise sur le trajet de l'ancienne cicatrice, et on trouve, allant de sa partie profonde à l'anastomose gastrique, une adhérence, large de 8 centimètres, épaisse par places de 2 centimètres, creusée au centre d'une cavité. Cette bride est sectionnée, sa cavité, due probablement à un élargissement des espaces lymphatiques, est suturée et enfouie. En invaginant sur la première phalange du petit doigt la paroi intestinale, on peut pénétrer dans la branche anastomotique qui se présente dans les mêmes conditions qu'au moment où elle fut pratiquée ; il n'y a pas de ganglions.

Par contre *la branche efférente de l'anse intestinale anastomosée est énormément distendue* et atteint presque la grosseur de l'avant-bras ; sa paroi est en même temps épaissie. En la suivant vers le bas, *on trouve à 80 centimètres de l'anastomose un assez long segment de l'intestin grêle, 5 à 6 centimètres environ, réduit au volume du petit doigt, tordu autour de son axe, et fixé parallèlement à la colonne vertébrale par un mésentère ratatiné et induré.* C'est là que siégeait la sténose.

On établit alors une *entéro-anastomose entre cette anse disten-*

due et une anse de l'intestin grêle située au-dessous de la sténose et bien mobile.

Thermocautère pour arrêter l'hémorragie produite par la section des adhérences entre la cicatrice abdominale et l'estomac.

Suture en deux plans, avec une mèche au contact des adhérences.

Suites apyrétiques. Vomissements seulement le lendemain.

Le 27 novembre le malade sort complètement guéri,

II. — OCCLUSIONS PAR OBSTACLE SIÉGEANT AU NIVEAU DU FOYER OPÉRATOIRE

1° OCCLUSION PAR ADHÉRENCE OU PAR BRIDES

Observation V

Monprofit. — *Gastro-entérostomie postérieure de von Hacker. — Eventration complète deux jours après l'intervention. — Crises d'occlusion incomplète dues à des adhérences d'anses grêles entre elle et à la paroi.*

(Congrès français de Chirurgie, 1901, 23 octobre, p. 496.)

Le nommé A... se plaint depuis huit ans de troubles gastriques : vomissements deux heures après le repas, sans jamais d'hématémèses, constipation opiniâtre, amaigrissement considérable (32 livres), tous ces troubles ne cédant à aucun traitement médical.

Opération le 9 août 1898 : on trouve un estomac dilaté, sans tumeur volumineuse, mais seulement avec un pylore induré. A cause de la longue durée des accidents, on écarte l'idée de tumeur maligne et on fait une *gastro-entérostomie postérieure de von Hacker*.

Le malade, très agité après l'intervention fait des efforts si violents, que *deux jours après l'intervention il fait sauter ses*

sutures et l'intestin sort dans le pansement. On réintervient rapidement, l'intestin est réintégré et le ventre refermé.

Dès lors les suites furent normales et la guérison complète après trois semaines.

Santé parfaite pendant six mois : les vomissements avaient disparu, les digestions étaient faciles, la constipation avait cessé, quand, *au bout de ce temps, reparaissent les vomissements*, se rapprochant peu à peu et se répétant de plus en plus souvent par crises séparées par des intervalles de moins en moins longs. *La constipation redevient opiniâtre,* l'état général s'aggrave, et le malade se décide à une nouvelle intervention que lui conseille M. Monprofit, pensant à un mauvais fonctionnement de la gastro-entérostomie, et comptant faire une entéro-anastomose secondaire.

Opération le 21 juin 1901, *trois ans après la première intervention.* Après incision sur l'ancienne cicatrice, on tombe d'emblée sur une anse grêle adhérente à la paroi, que l'on manque ouvrir, et, cette anse libérée, on arrive sur un volumineux paquet d'anses adhérentes entre elles et à la paroi abdominale derrière la cicatrice, et situé en avant et un peu au-dessus de la face antérieure de l'estomac. *On fait péniblement la libération de ces anses adhérentes entre elles, à l'estomac et à la paroi, et présentant de nombreuses coudures*, puis on explore l'estomac, qui présentait encore une notable dilatation : il n'existait aucune tumeur sur ses parois et il sembla à Monprofit que le pylore était devenu plus souple. Il put voir très nettement l'anastomose gastro-jéjunale postérieure et constater qu'elle ne présentait ni coudure fâcheuse, ni dilatation de l'anse supérieure : elle semblait absolument normale.

Il pensa donc que *la seule cause des accidents devait être*

recherchée dans les adhérences intestinales déjà signalées, et qu'en fait il s'agissait de phénomènes d'occlusion intestinale incomplète, et rien d'autre. Il plaça les anses grêles libérées dans le petit bassin de façon à les éloigner de la région pariétale dépéritonisée à laquelle elles adhéraient, et les fixa en plusieurs points dans le petit bassin au mésocolon et au mésentère voisin. — Suture de la paroi.

Suites extrêmement simples. Aucun vomissement, disparition des coliques, et l'alimentation put être reprise au bout de quelques jours.

Le malade opéré le 21 juin sortit de l'hôpital le 5 juillet complètement rétabli, et depuis ce moment (c'est-à-dire depuis quatre mois) il n'y a eu aucun vomissement ni aucun trouble des fonctions intestinales.

Observation VI

Schröter. — *Gastro-entérostomie postérieure par le procédé de Sonnenburg. — Anses grêles agglutinées en masse avec volvulus et engagement d'une anse dans une déchirure du mésentère.*

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Bd. 38, s. 296. Traduction personnelle.)

Femme, soixante-deux ans, amaigrie.

Opération par le professeur Sonnenburg.

Il trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule sur le pylore. On enlève un gros noyau carcinomateux situé sur le grand épiploon. On soulève le côlon transverse avec le grand

épiploon. On amène l'estomac à travers le mésocolon et on l'incise contre la grande courbure sur une longueur de 1 cm. 5. On le fixe au mésocolon et on ourle par des fils de soie séparés les bords de l'incision gastrique. De même on choisit une anse grêle qu'on incise et dont on ourle également les lèvres à la soie. Pour amener une coaptation plus intime des deux viscères, Sonnenburg réunit en un seul nœud les chefs de tous les fils de l'incision gastrique, sans les couper ; il pratique à 2 centimètres environ au-dessous de l'ouverture d'anastomose sur le grêle une boutonnière par laquelle il fait sortir l'ensemble des fils gastriques qu'il a conduits dans la lumière intestinale : il tire sur eux de façon à invaginer en somme l'estomac dans l'intestin et suture dans cette situation l'estomac et l'intestin à l'aide d'un Lembert, puis coupe court les fils, les enfonce dans l'intestin grêle, et ferme par trois catguts la boutonnière supplémentaire.

Mort sept jours après.

A l'autopsie on trouve *des adhérences de la cicatrice avec les anses sous-jacentes*. Celles-ci sont en certains points fortement distendues, en d'autres elles sont *agglutinées ensemble de façon tout à fait irrégulière*. Lorsqu'on essaie de les dérouler on voit qu'elles sont entortillées et forment un *volvulus dans la constitution duquel entrent les circonvolutions répondant à la partie moyenne de l'intestin grêle. En outre une anse intestinale aplatie est engagée dans une déchirure assez considérable du repli mésentérique de l'iléon*. Enfin on voit une anse de l'iléon se porter à la rencontre de la paroi postérieure de l'estomac un peu au-dessous de la grande courbure, lui adhérant ainsi qu'au pylore dans l'étendue d'une main. En ouvrant l'abdomen on voit que *l'abouchement stomacal porte sur cette anse de l'iléon*.

Les deux branches de l'anastomose, anse afférente et anse efférente, admettent facilement l'index ; il n'y a pas d'éperon. Un peu de liquide fétide dans l'estomac.

Observation VII

Lauenstein. — *Gastro-entérostomie antérieure. — Coudures de l'intestin grêle avec adhérences par récidive de néoplasme.*

(*In* thèse de Wilhelm. Nancy, 1892-1893.)

Carcinome du pylore adhérant à la vésicule, avec noyaux cancéreux disséminés sur le côlon transverse chez un homme de cinquante-quatre ans. Opération le 5 septembre 1892. Recherche méthodique de l'angle duodéno-jéjunal et anastomose à trois travers de doigt sur la partie antérieure de l'estomac, suivant le *procédé de Wölfler*.

Suites opératoires immédiates excellentes.

Un mois et demi après commencent des vomissements abondants et acides ; constipation, ballonnement de l'abdomen.

A partir du 15 novembre, *soixante-dix jours après l'opération, vomissements fécaloïdes.*

Mort le 26 novembre avec persistance de ces vomissements, deux mois et demi après l'opération.

A l'autopsie, intestins adhérents à la paroi au-dessus de l'ombilic, du fait de la présence d'une néoplasie carcinomateuse s'étendant sur la paroi antérieure de l'estomac. On trouve sur la séreuse intestinale des métastases de la grosseur d'une lentille, ou plus, surtout sur le gros intestin. A la place de l'abouchement gastro-intestinal, on voit, à la partie inférieure de la circonférence du jéjunum, un pli qui est tourné vers la bouche,

comme si les tuniques internes de l'intestin avaient formé un éperon. *L'anse efférente se dirige d'abord à droite, et atteint l'hypochondre droit, à cet endroit elle est un peu aplatie et pliée.* Ensuite elle se dirige à gauche pour se porter transversalement sous l'hypochondre gauche. Au-dessous d'elle se trouvent le côlon transverse et son épiploon, et les anses grêles.

Observation VIII

Baudet. — *Gastrectomie étendue par Billroth, deuxième manière. — Récidive néoplasique englobant des anses grêles.* (Observation personnelle.)

Homme de cinquante ans, opéré en septembre 1903 de gastrectomie avec résection de la presque totalité de l'estomac suivant le procédé de *Billroth deuxième manière avec anastomose à la face postérieure du moignon cardiaque* par MM. Fredet et Cunéo.

Amélioration très notable dans l'état général depuis ce moment; le malade a regagné comme poids; les phénomènes de sténose pylorique, les vomissements qu'il présentait avant l'opération n'ont pas reparu depuis.

Depuis le 24 décembre, *trois mois après son opération*, arrêt brusque et complet des matières et des gaz, ayant été précédé et s'accompagnant encore de douleurs abdominales vives. Pas de vomissements ni de nausées bien que le début des accidents remonte à cinq jours ; l'état général est resté bon, le malade a pu venir à pied à l'hôpital où il entre le 29 décembre 1903 dans le service de notre maître, le professeur Duplay.

Bien qu'il ait essayé des traitements usuels : grands lavages d'intestin d'eau pure ou glycérinée qui sont restés sans résultat, nous lui faisons donner un lavement de 60 grammes d'huile de ricin le soir de son entrée, lavement qui provoque l'émission de quelques gaz, ce qui nous engage à attendre.

Nous réexaminons ce malade le 30 décembre au matin : nous trouvons l'abdomen modérément distendu, sonore sur la partie médiane et dans toute l'étendue du flanc gauche ; l'hypochondre droit fait une voussure plus forte que celui de gauche, il se laisse moins bien déprimer et la percussion y décèle de la matité. Au palper on détermine une douleur vive au voisinage de la cicatrice de laparotomie et un peu à gauche : on ne sent aucune tuméfaction à ce niveau, mais il existe une contracture de la paroi qui gêne l'exploration. En raison du bon état général, de l'absence de vomissements, de l'émission de quelques gaz, on laisse encore passer la journée du 30 décembre sans intervenir. Mais l'administration d'un lavement d'eau de Seltz prescrit le matin étant resté sans résultat, l'état général étant moins satisfaisant, le Dr Baudet, assisté par nous, intervient le 31 décembre au matin.

Laparotomie sus-ombilicale qu'on fait à côté de l'ancienne cicatrice de façon à éviter si faire se peut la zone d'adhérences intestinales : de fait on est obligé de prolonger la laparotomie au-dessous de l'ombilic pour pouvoir pénétrer en péritoine libre. On tombe sur une énorme masse épiploïque adhérente à la paroi sur un travers de main à droite et à gauche de la cicatrice de laparotomie, *épiploon manifestement dégénéré et dans lequel on sent des anses grêles englobées*. A la moindre tentative de libération de ces anses, elles déchirent et saignent, et *étant donné le siège élevé de l'obstacle sur l'intestin, il n'y a pas en amont de lui*

d'anse accessible permettant l'établissement d'une antéro-anastomose, avec ou sans résection de l'anse intermédiaire. On doit donc se contenter d'évacuer une certaine quantité d'ascite qui se trouvait dans la cavité péritonéale, asciste non hémorragique, et on referme la paroi à la soie en deux plans, sans drainage.

Une légère détente se produit dans l'état du malade probablement sous l'influence de l'évacuation du liquide ascitique ; il y a quelques gaz de rendus, mais toujours pas de selles, et le malade s'éteint deux jours après, le 2 janvier 1904.

Il n'a pas pu être fait d'autopsie.

2° OCCLUSION PAR COMPRESSION DE L'ANSE EFFÉRENTE

Observation IX

Otto Mayer. — *Gastro-entérostomie postérieure pour néoplasme du pylore. — Occlusion intestinale par compression des deux branches afférente et efférente de l'anse anastomosée par des ganglions dégénérés.*

(*Wiener Klinische Wochenschrift*, 9 février 1905, p. 136. Traduction personnelle.)

Johann A..., quarante-trois ans. En septembre 1901 on porte le diagnostic de sténose bénigne du pylore et on fait une laparotomie le 9 septembre. On trouve un pylore épaissi, cicatriciel, dont la lumière correspond au diamètre d'un crayon ; il a contracté des adhérences avec le foie, mais on ne sent pas de ganglions. On pense qu'il s'agit peut-être de cicatrice d'un an-

cien ulcère et on fait la *gastro-entérostomie postérieure de von Hacker*. La guérison se fait sans encombres, les douleurs et les vomissements cessent et l'état général se remonte.

Très bon état jusqu'en mars 1904 : mais à cette époque réapparaissent les troubles dont le malade souffrait auparavant, et en septembre 1904 il se trouve exactement dans le même état qu'avant son opération. Nous le voyons le 23 septembre, *trois ans après la gastro-entérostomie :* il y a un mauvais état général ; l'estomac est très dilaté, et on sent par le palper, au niveau du pylore, une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Il souffre de vomissements dans lesquels on retrouve des aliments ingéres plusieurs jours auparavant. *On émet alors l'hypothèse d'un carcinome ayant envahi l'orifice de la gastro-entérostomie.* On décide dès lors d'intervenir à nouveau dans l'intention, ou bien de rendre sa perméabilité à cet orifice, ou bien de faire une jéjunostomie.

Seconde laparotomie le 28 septembre 1904. A l'ouverture de l'abdomen nombreuses adhérences masquant une tumeur du volume du poing, qui siège au niveau du pylore : la portion de l'estomac où a été faite l'anastomose est absolument normale, et la bouche est perméable. *Les anses afférente et efférente du jéjunum sont fortement distendues*, et pour expliquer cette distension on trouve *un paquet de ganglions, de la grosseur du poing*, qui se trouvent *dans le mésentère de l'anse anastomosée, comprimant les deux branches de cette anse à une faible distance de l'estomac.*

Comme on ne pouvait pas songer à une extirpation radicale, il s'agissait d'établir une anastomose latérale entre la portion du jéjunum située au-dessous de la tumeur et l'estomac,

ce qu'on fit par une *gastro-entérostomie anté-colique antérieure par la méthode de Braun.*

Les vomissements cessèrent après l'opération ; le malade put rentrer chez lui le 18 octobre, vingt jours après, mais il mourut bientôt après.

Observation X

Gross. — *Gastro-entérostomie antérieure de Wölfler pour néoplasme du pylore. — Compression de l'anse anastomosée par une adhérence du grand épiploon à la cicatrice abdominale. — Mort.*

(Communication à la Société de Médecine de Nancy — *In* thèse de Lenclos. Nancy, 1899.)

Homme de soixante-trois ans. Début des accidents remontant à dix mois. Depuis six mois vomissements fréquents survenant assez régulièrement environ trois heures après le repas. Il y a quatre mois hématémèse, et depuis quelques vomissements noirs.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'une tumeur de la région pylorique. Le malade est très amaigri et présente un aspect cachectique.

Le 24 février 1889, on pratique la *gastro-entérostomie antérieure par le procédé de Wölfler.*

Après l'opération les vomissements continuent. Le malade n'a pas de hoquet, la température reste normale, mais le pouls s'accélère. On pratique une injection de sérum artificiel et on

donne des lavements nutritifs. On craint une péritonite post-opératoire, mais on ne constate aucun ballonnement, aucun endolorissement du ventre. *L'intolérance stomacale est absolue.* L'opéré vomit tout, mais ne souffre aucunement. *On conclut à un défaut de circulation des matières par coudure de l'anse anastomosée.*

En raison de l'état profondément cachectique de l'opéré, on renonce à toute nouvelle intervention opératoire. En principe celle-ci aurait dû être acceptée et consister en une entéro-anastomose complémentaire établie sur les deux bouts de l'anse intestinale réunie à l'estomac. La mort survient le huitième jour après l'opération.

A l'autopsie pratiquée par M. le Dr Hoche, on reconnaît comme cause de l'occlusion intestinale post-opératoire une adhérence de l'épiploon qui, passant derrière l'anse anastomosée, entre elle et le côlon transverse, en avant de l'estomac, vient adhérer à la ligne de réunion de l'incision abdominale.

Aucune trace de péritonite.

3° OCCLUSION PAR COMPRESSION DU COLON TRANSVERSE

Observation XI

Lücke. — *Gastro-entérostomie antérieure de Wölfler non systématisée. — Occlusion par compression du côlon transverse par le mésentère de l'anse anastomosée.*

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1887, t. XVII, p. 503), *in* thèse de Wilhelm (Nancy, 1893).

Femme de quarante-six ans. Néoplasme du pylore adhérent

au foie et au pancréas. *Gastro entérostomie antérieure de Wölfler, en suturant à l'estomac une anse grêle prise au hasard.*

Le quatrième jour surviennent des vomissements, qui se répètent plusieurs fois par jour et affaiblissent le malade. On donne des lavements alimentaires, malgré cela *les vomissements persistèrent, et devinrent même fécaloïdes.* Mort le dix-huitième jour après avoir présenté des phénomènes de congestion pulmonaire.

A l'autopsie le côlon ascendant, transverse et descendant, est en partie adhérent. La paroi antérieure du côlon transverse est croisée par la partie supérieure de l'iléon qui appartient à l'anse anastomosée, et le *côlon* est ainsi partagé en deux portions.

La portion droite, fortement distendue, descend jusqu'à la symphyse. Le mésentère de l'anse bride en partie le côlon transverse. Rien d'anormal à la partie du jéjunum située en arrière du côlon transverse.

Observation XII

Lauenstein. — *Gastro-entérostomie antérieure de Wölfler non systématisée. — Occlusion par compression du côlon transverse par l'anse anastomosée.*

(XII[e] Congrès de Chirurgie allemand), *in* thèse de Wilhelm (Nancy 1893).

Femme de trente-cinq ans. Néoplasme du pylore complètement adhérent. *Gastro-entérostomie antérieure de Wölfler sans recherche méthodique de l'anse grêle à anastomoser.*

Les suites opératoires sont bonnes tout d'abord, mais *les*

selles ne survenaient que tous les trois ou quatre jours à l'aide de lavements. La malade ne se remonte pas, maigrit et meurt tout doucement le trentième jour.

A l'autopsie l'abouchement gastro-intestinal répondait à la partie supérieure de l'iléon, environ à 2 mètres au-dessous du duodénum. A droite, dans le côlon transverse, on trouve des excréments solides et fortement colorés. *A gauche le côlon transverse et le côlon descendant sont affaissés et vides.* Le grand épiploon est adhérent, en partie avec lui-même, en partie avec le mésentère de l'anse intestinale abouchée à l'estomac.

4° OCCLUSION PAR TORSION DE L'ANSE ANASTOMOSÉE

I. — Après gastro-entérostomie antérieure

Observation XIII

Peham. — *Manœuvre de Rockwitz exécutée en sens inverse par l'opérateur au cours d'une gastro-entérostomie antérieure de Wölfler : passage de l'anse afférente devant l'efférente et coudure de cette dernière au niveau du point de croisement des deux anses par le mésentère tordu.*

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* B. 48. S. 84).
Traduction personnelle.)

Gastro-entérostomie avec abouchement antérieur par le procédé de Wölfler. On recherche l'angle duodéno-jéjunal et on attire une anse jéjunale située à 40 centimètres au-dessous de lui. Sans l'extérioriser complètement, on examine entre les lèvres

de l'incision abdominale la direction de l'anse choisie et *on se rend compte que spontanément elle s'était tournée de façon que sa portion efférente fût placée à droite*. On fit alors une gastro-entérostomie antécolique antérieure, rendue un peu pénible par la fixité de l'estomac retenu par des adhérences étendues de sa paroi postérieure, de la petite courbure et du pylore.

Dès le soir de l'opération, le malade présente des vomissements ; ces vomissements vont en augmentant, la faiblesse s'accroît de façon visible et le malade meurt quarante-huit heures après l'opération.

A l'autopsie on trouva intacte l'anastomose, et le péritoine sans aucune trace de réaction. L'*anse efférente*, répondant à une portion élevée du jéjunum *était fortement distendue sur une longueur de 80 centimètres*, hyperhémiée, et formait un boudin

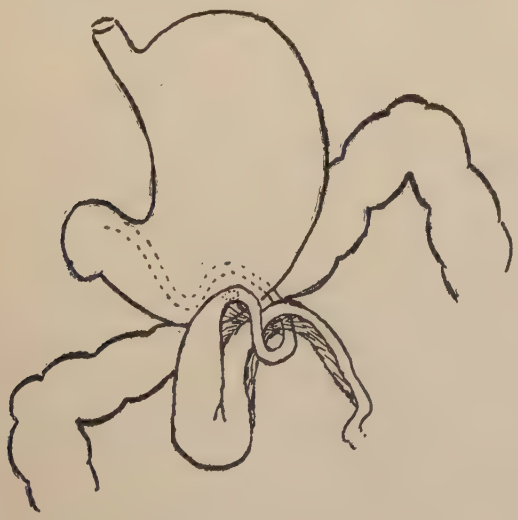

Fig. 16

de la grosseur d'une tête d'enfant qui descendait au devant du grand épiploon. Au-dessous du côlon transverse, rétracté dans

toute sa longueur, cette anse distendue s'enfonçait dans la profondeur et là allait passer derrière l'anse afférente. *A l'endroit où les deux anses, afférente et efférente, se croisaient, le mésentère formait une corde de la grosseur du doigt, tordue,* et limitant avec la colonne vertébrale un angle ouvert en haut. *Au-dessus de cette corde mésentérique, l'anse efférente du jéjunum était coudée.* A partir de ce point, en allant vers l'iléon, elle reprenait son aspect normal et n'était plus distendue. Il s'agissait donc dans ce cas de la *coudure* et de la *compression de l'anse efférente de l'anastomose par ses propres attaches mésentériques.*

La formation d'une telle coudure n'est possible que par la torsion imprimée par l'opérateur à l'anse qu'il choisit pour faire son anastomose, et qu'il fait alors en sens contraire des aiguilles d'une montre, de façon que l'anse efférente se trouve prise derrière l'anse afférente.

II. — Après gastro-entérostomie postérieure

Observation XIV

Lund. — *Torsion secondaire, rendue fixe par des adhérences, de l'anse anastomosée autour de son axe mésentérique. — Phénomènes de reflux stomacal. — Détorsion et fixation du repli mésentérique au mésocôlon.*

(*Boston medical and surgical Journal,* 1905. T. 152, p. 549. Traduction personnelle.)

Femme de trente-six ans, entrée à l'hôpital en décembre

1903 pour ulcère gastrique ; vomissements de sang qui ont commencé déjà trois ans avant. Une intervention lui est proposée. qu'elle refuse, mais en mai 1904, cinq mois après, elle rentre de nouveau à l'hôpital, vomissant le sang.

Opération le 9 décembre. Incision de 10 centimètres de longueur au-dessus de l'ombilic. L'estomac est dilaté et on trouve des ganglions volumineux à la base du grand épiploon et à la région pylorique. Le pylore est très rétréci, mais non induré. L'appendice est long, contourné et adhérent. On l'enlève et on fait une *gastro-entérostomie postérieure d'après la méthode de Moynihan, avec une anse afférente de 35 centimètres environ* qu'on complète par une *entéro-anastomose complémentaire.*

L'opération a été assez longue (1 h. 1/4) à cause des difficultés rencontrées dans l'ablation de l'appendice.

Les suites opératoires ont d'abord été des plus simples. Quelques nausées avec vomissements dans les premiers jours, qui cèdent d'ailleurs à un lavage d'estomac. La convalescence suit son cours, la malade se lève au bout de trois semaines et quinze jours après elle partait à l'asile de convalescence, pouvant dès ce moment se livrer à des occupations pénibles.

Mais au bout de deux semaines elle se plaint à nouveau de douleurs épigastriques et les vomissements reparaissent, vomissements muqueux, sans jamais de sang. On l'examine le 31 janvier, soit cinquante jours après son opération, et on trouve une sensibilité très vive de l'épigastre avec contracture très marquée de la paroi, et l'on assiste à des *vomissements d'un liquide brun noirâtre.*

Le 31 janvier on intervient pour la seconde fois, et à l'ouverture de l'abdomen, on trouve une *torsion de la portion anastomosée du jéjunum, torsion vers la droite*, qui s'est pro-

duite vraisemblablement sous l'influence des efforts de toux. *Cette torsion était rendue fixe par une forte adhérence de l'anse à la cicatrice abdominale,* adhérence très difficile à rompre. De là résultait une *obstruction de l'anse intestinale efférente*, et consécutivement le *reflux de la bile dans l'estomac* : cette anse efférente était très dilatée.

On replace l'intestin dans sa position normale et pour éviter la production d'un nouveau déplacement, *on suture au mésocôlon « la ligne d'entéroplication »*. (Nous pensons que Lund entend par ce terme le sommet de l'anse anastomosée et le repli mésentérique qu'elle soulève, suivant lequel l'intestin est en quelque sorte « plié » en deux versants).

5° OCCLUSION PAR ÉTRANGLEMENT DANS LA BOUTONNIÈRE MÉSOCOLIQUE APRÈS LES ANASTOMOSES POSTÉRIEURES

Observation XV

Sick. — *Gastro-entérostomie postérieure rétro-colique. — Engagement de l'intestin grêle dans la boutonnière mésocolique sans étranglement véritable.*

(*Deustche medical Wochenschrift*, 1893, p. 875. Traduction personnelle *in* Petersen).

Sténose du pylore par ulcus, avec forte dilatation de l'estomac. *Gastro-entérostomie postérieure,* faite en attirant la partie supérieure de l'anse jéjunale vers le haut, à travers une ouverture du mésocolon et en le fixant ensuite à l'estomac. *A travers la brèche du mésocolon s'est engagée la moitié de l'intestin grêle,* de

façon qu'une moitié du grêle était dans l'étage sus-mésocolique, l'autre dans l'étage sous-mésocolique. Ainsi se produisait une sorte de *coudure de l'intestin : mais pourtant celle-ci n'était pas assez prononcée pour produire une occlusion.* Le malade mourut d'affaiblissement.

Observation XVI (Résumée)

Terrier. — *Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique par la méthode de Courvoisier au bouton de Murphy. — Etranglement de l'intestin à travers la boutonnière du mésocolon.*

(Terrier et Hartmann. *Chirurgie de l'estomac*, 1899, p. 100.)

V.... Frédéric, soixante et un ans. Début des troubles digestifs en juin 1893. Apparition des vomissements en décembre 1893. En septembre 1894, perte de l'appétit, dégoût absolu de la viande, vomissements glaireux et alimentaires par intervalles, sans jamais d'hématémèses ni de marc de café : amaigrissement considérable de 133 livres à 94.

Entre à Bichat dans le service du professeur Terrier le 10 décembre 1894. On constate une dilatation stomacale semblant surtout porter sur l'antre du pylore. A gauche de l'ombilic, on perçoit une plaque indurée, large de deux travers de doigt. Ganglions inguinaux des deux côtés, surtout à droite. Le foie ne paraît pas augmenté de volume.

Opération le 11 décembre 1894. *Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure avec le bouton de Murphy* de 25 millimètres de diamètre. On trouve à la laparotomie l'estomac dilaté ; celui-ci attiré, on constate le *néoplasme parfaitement limité à*

la région pylorique, mais l'état du malade n'en permet pas l'ablation.

M. Terrier attire une anse grêle qu'un aide maintient, puis *il divise l'épiploon gastro-colique et le mésocolon transverse et va chercher une anse d'intestin grêle qu'il anastomose à la face postérieure de l'estomac avec le bouton.* Fermeture de la paroi par une suture à trois plans.

Suites opératoires immédiates parfaites : l'état est excellent jusqu'au 15. Le 15, *quatre jours après l'opération*, douleurs abdominales vives, analogues à celles qu'il éprouvait antérieurement.

Le 16, état moins bon : les douleurs augmentent, le facies est grippé. Pas de garde-robes ; mais un lavement à la glycérine ramène des matières moulées. Urine 800 grammes.

Le 17, dans la nuit, vomissements bilieux, et ensuite fécaloïdes. Température 37°2. Pouls 110. Urines 700.

Le 18, vomissements arrêtés. Les douleurs persistent, le facies est de plus en plus grippé. Il n'y a pas de selles. Urines 700 grammes.

Le 19, les vomissements reparaissent. Température 36°8. Pouls 110. Un peu de délire, lavement purgatif sans effet.

Le 20, il a encore vomi plusieurs fois. Limonade purgative qui ne fait aucun effet. Fortes douleurs abdominales. Le soir le malade est abattu ; il ne vomit plus et a rendu des gaz par l'anus. Température 36°6. Pouls 120.

Le 21 décembre, dixième jour après l'opération, abattement considérable. Facies grippé. Un peu de ballonnement du ventre. Température 36°6. Pouls 110.

Le malade n'urine plus. Il ne peut plus rien avaler.

La mort survient dans la nuit du 21 au 22.

A l'autopsie. — Les anses intestinales sont très dilatées, agglutinées et avec légère injection vasculaire. Pas d'épanchement purulent, seulement une faible qnantité de liquide séro-sanguin dans les points déclives.

L'estomac est dilaté et plein de liquide. L'S iliaque et le côlon descendant sont aplatis et vides de matières. Le côlon transverse, vide, décrit une forte courbe à concavité supérieure. Le côlon ascendant et le cæcum sont aplatis. *La dernière anse de l'iléon est vide* également, elle est fortement tendue, tiraillée et décrit au devant du psoas droit une courbe à concavité supérieure. *En suivant cette anse, on la voit disparaître à travers l'orifice fait dans le mésocolon transverse. Au-dessus de ce méso l'anse se dilate immédiatement :* c'est donc là le siège de l'étranglement. Cet orifice est cependant assez large, il admet l'extrémité de deux doigts. L'intestin se trouve aminci en un point, et une légère traction amène sa rupture. On lie immédiatement le bout supérieur.

Les anses dilatées comprennent la presque totalité de l'intestin grêle, qui a passé dans l'arrière-cavité des épiploons et qui s'est étranglé dans l'orifice fait au mésocolon transverse. Ce dernier est fortement repoussé en bas avec le côlon par toute cette masse d'intestin grêle dilaté ; l'anse grêle qui va de l'orifice du mésocolon au cæcum ne mesure que 15 centimètres ; elle est assez fortement tendue.

En avant des anses grêles dilatées, on trouve l'orifice très large fait à l'épiploon gastro-colique. La lèvre droite de cet orifice n'est pas tendue et ne semble jouer aucun rôle dans l'étranglement.

La lèvre gauche est au contraire fortement distendue, repoussée en avant par les anses grêles dilatées. Après la section

de l'épiploon gastro-colique on découvre l'anse grêle initiale anastomosée à l'estomac. Le duodénum et la première anse du jéjunum sont dilatés.

L'anastomose gastro-intestinale était en parfait état.

VI. — OCCLUSIONS PAR INCARCÉRATION PRÉVERTÉBRALE ET STRICTION PAR LA CORDE MÉSENTÉRIQUE

I. — Après gastro-entérostomie antérieure

Observation XVII

Budder. — *Engagement de l'anse efférente et secondairement de tout l'intestin grêle en avant de la colonne vertébrale, en arrière et au-dessus de l'anse afférente et du mésentère soulevé en bride, au-dessous du mésocolon ; avec torsion.*

(*Deutsche medical Wochenschrift*, 1897. Vereinsbeilage, p. 146.)

(Traduction personnelle.)

Homme de quarante-deux ans, opéré le 25 février 1897, pour néoplasme du pylore. On fit une *gastro-entérostomie antérieure de Wölfler avec torsion de 180 degrés de l'anse de l'intestin grêle suturée*, afin de mettre cette anse en isopéristaltisme avec l'estomac.

Malgré une amélioration momentanée, mort le 3 février, neuf jours après, avec des vomissements persistants.

A l'autopsie, le 4 février on trouve l'intestin grêle pelotonné de façon très complexe, et le *mésentère tordu autour de sa* racine. La mort a était le fait de la *thrombose des veines mésentériques*, de la paralysie de l'intestin et d'une péritonite

commençant à évoluer. Les entortillements de l'intestin se sont produits de la façon suivante : pendant l'opération *on fit subir à l'anse intestinale choisie pour l'anastomose et siégeant à 40 centimètres au-dessous de l'extrémité du jéjunum une torsion de 180 degrés, de façon que l'anse efférente se trouvât placée derrière l'afférente.*

L'anastomose entre le jéjunum et l'estomac, fixé en haut par l'infiltration néoplasique, avait eu pour résultat la formation d'un *foramen artificiel, limité en avant et en bas par l'anse intestinale soulevée et son mésentère, en arrière par le pancréas, en haut par le côlon transverse, le grand épiploon et l'estomac.* Le mésentère *de l'anse intestinale afférente formait comme limite inférieure de ce foramen, une bride* assez fortement tendue, que les infiltrations néoplasiques rendaient très dure. *Au-dessus de cette bride, l'anse efférente a franchi ce foramen,* dans lequel une petite partie d'abord s'est engagée, peut-être déjà au cours de l'opération, ayant pu être amenée au-dessus de cette bride, lorsqu'on attirait les anses pour les examiner et qu'on les replaçait dans le ventre ensuite. Petit à petit *tout l'intestin grêle au-dessous de l'anastomose s'est engagé au-dessus de cette bride mésentérique, jusqu'à l'iléon, fixé au cæcum par sa partie terminale,* ce qui l'empêchait de continuer le glissement.

Donc tout l'intestin grêle était suspendu sur le mésentère lui-même, attiré jusqu'à sa racine à travers ce foramen. *Là il subit une torsion de 270° environ au-dessus de la bride mésentérique.* Cette corde comprimait l'extrémité inférieure de l'iléon, à cheval sur elle et amenait la striction du mésentère attiré par le poids de l'intestin que distendaient les liquides venant de l'estomac. La racine mésentérique a donc été non seulement tordue

mais comprimée au-dessus de cette bride dure : ce qui nous explique à la fois la thrombose et la paralysie de l'intestin.

On fit reprendre à l'intestin sa position primitive. On détruisit l'anastomose précédemment faite entre l'estomac et l'intestin. On ferma complètement l'ouverture de l'estomac ; dans celle du jéjunum on introduisit une moitié d'un *bouton de Murphy* et on le serra tout autour par une suture en bourse, et on fit une *gastro-entérostomie postérieure.* La sténose pylorique était en effet presque complète.

Il est probable que la torsion au niveau de l'anastomose, si évidente quand on ouvrit l'abdomen, fut le fait du passage de l'anse immédiatement sous-jacente à l'abouchement stomacal, au-dessus de l'anse formée par la branche afférente. Quand ce phénomène se produisit-il ? c'est assez difficile à préciser : probablement quelques mois après l'opération.

Observation XVIII

Mayo. — *Etranglement de la moitié de l'intestin grêle ayant passé par-dessus l'anse afférente et son attache mésentérique, après une gastro-entérostomie antérieure au bouton de Murphy ; torsion du segment intestinal anastomosé.*

(*Annales of Surgery.* Philadelphie, août 1902
Traduction personnelle)

R... N. S., vingt-quatre ans, barbier. Entré au Marie Hospital en janvier 1901 pour des douleurs gastriques, beaucoup plus intenses quand il travaille : elles arrivent par crises, durant plusieurs semaines, avec des intervalles de bonne santé. De temps en temps des vomissements ; le malade a perdu 25 li-

vres. On constate une douleur à l'épigastre ; la grande courbure est abaissée et déborde de 3 pouces l'ombilic : on fait le diagnostic d'ulcus stomacal et de sténose du pylore consécutive. En outre le malade a eu une crise d'appendicite avec abcès qu'on a ouvert sans rechercher l'appendice, et est porteur d'une hernie inguinale.

Le 2 janvier 1901, on pratique dans une même séance, outre l'ablation de l'appendice et la cure de la hernie par le procédé de Bassini, une *gastro-jéjunostomie antérieure au bouton de Murphy* : l'examen de l'estomac avait montré l'existence d'un ulcus de la région pylorique, s'étendant du côté de la grande courbure, en partie cicatrisé et rétrécissant le pylore.

Le *quatorzième jour* se montrent des *symptômes d'occlusion intestinale* qui durent vingt-quatre heures ; lavage d'estomac, alimentation rectale ; *le bouton est rejeté le seizième jour : c'était lui qui était la cause évidente de ces accidents.*

Le malade sort le 18 janvier, ayant regagné rapidement en poids et en forces.

Pendant un an il reste en bonne santé, bien que se plaignant d'une sensation de tiraillement à la région gastrique quand il reste debout. Puis progressivement se montrent des vomissements et les *signes d'une sténose pylorique*, en même temps qu'une douleur constante au niveau de l'ombilic.

On intervient pour la seconde fois le 15 mai 1902 (*seize mois après la première intervention*). On trouve l'orifice de l'anastomose gastro-jéjunale presque complètement oblitéré. *Au niveau de l'anastomose l'anse jéjunale a subi une torsion d'un demi-tour de gauche à droite. Un peu plus de la moitié de l'intestin grêle a passé par-dessus l'anse jéjunale s'étendant de l'angle duodéno-jéjunal à l'anastomose stomacale, s'étant insinué de la droite vers*

la gauche au-dessous du côlon transverse, et la traction de l'intestin incarcéré avait agi par l'intermédiaire du mésentère sur l'anse anastomosée et avait amené sa torsion. Le mésentère de l'anse anastomosée était très épaissi.

II. — Après gastro-entérostomie postérieure

Observation XIX

Petersen. — *Engagement de l'anse efférente au-dessus de l'afférente, et adhérences à la grande courbure et au mésocolon rendant fixe ce déplacement, sans signes d'occlusion intestinale.*

(*Archiv. für Klinische Chirurgie.* Berlin, 1900. LXII, p. 94. Traduction personnelle.)

Femme K. Sch..., cinquante-quatre ans. Opérée le 21 décembre 1897 pour kyste de l'ovaire du volume d'une tête d'enfant, développé aux dépens des annexes droites. La malade présentait en outre des vomissements rebelles qu'on attribuait à une sténose réflexe du pylore, peut-être aussi à une affection organique du pylore ou de la vésicule biliaire. On fait une incision allant de l'ombilic à la symphyse, et par l'exploration de l'étage supérieur de l'abdomen on sent des indurations et des nodosités au niveau du pylore. On extirpe d'abord la tumeur ovarienne, puis on prolonge l'incision vers le haut de 12 centimètres environ. On se trouve en face d'une tumeur du pylore du volume d'une noix, envahissant surtout sa partie postérieure et envoyant de là un prolongement vers le pancréas. En

outre on trouve disséminés sur le péritoine, autour de l'estomac, des nodules durs du volume d'un grain de chènevis.

A la rigueur on aurait pu enlever cette tumeur : mais étant donnée la faiblesse du pouls, on fait une *gastro-entérostomie postérieure suivant le procédé de Von Hacker avec anastomose au bouton de Murphy sans sutures complémentaires* et on referme ensuite la plaie abdominale. Chloroforme. Durée une heure environ.

Le premier jour, vomissements d'abord teintés de sang. Les trois premiers jours on a recours à l'alimentation rectale ; au huitième jour on donne des purées et on permet le douzième jour une nourriture solide, légère.

12 janvier 1898, vingt-et-unième jour après l'opération, se montrent des signes de *collapsus rapide*. La température est à 34°8. Le pouls est très petit, irrégulier, à 110. La langue est humide ; il n'y a pas de vomissements. La malade est abattue, inquiète et ne réagit pas aux excitations. Elle se remonte un peu les jours suivants, mais le 13 janvier elle est prise d'une forte crise de dyspnée avec petitesse du pouls : l'examen du poumon montre une légère matité aux deux bases. Le collapsus augmente et la malade meurt *sans avoir jamais présenté jusqu'à la fin ni vomissements, ni arrêt des selles*.

Autopsie. — (Prof. Ernst). Cœur gras. Congestion hypostatique des deux bases. Lésions d'aortite chronique. Dans la paroi il y a au voisinage des sutures de petits abcès, mais qui ne communiquent pas avec la cavité péritonéale. L'épiploon est adhérent à la face profonde de la cicatrice abdominale. Pas d'exsudat liquide, séreux ou purulent, dans la cavité péritonéale seulement un peu de congestion de quelques anses grêles.

Au niveau de la gastro-entérostomie, on voit que *l'anse*

efférente, au lieu de descendre directement pour se continuer avec les circonvolutions de l'intestin grêle, *se contourne encore une fois pour passer au-dessus de l'anse afférente*, décrivant ainsi une courbe de petit rayon, et c'est seulement après qu'elle reprend sa direction normale. A l'endroit où elle croise le duodénum, *cette anse efférente adhère à la grande courbure et*

Fig. 17

au mésocolon. Le bouton de Murphy n'est plus au niveau de l'anastomose, on le retrouve dans le rectum. Il ne s'est pas

formé au niveau de ce nœud que décrit l'anse efférente de coudure trop brusque ni d'éperon véritable, car *l'anse afférente et l'efférente se laissent également pénétrer par une sonde et un courant d'eau y passe librement.* La bouche stomacale est située à 2 centimètres environ de la grande courbure sur la partie postérieure de l'estomac : elle admet facilement l'index. Au niveau du pylore existe une tumeur carcinomateuse ulcérée, de la grosseur d'une noix environ, avec forte sténose, et empiétant sur le duodénum. L'estomac est assez dilaté.

La mort est rapportée à la dégénérescence graisseuse du cœur et à la congestion hypostatique des poumons.

Observation XX

Petersen. — *Résection du pylore par le Billroth, deuxième manière ; anastomose du jéjunum attiré à travers le mésocolon avec la paroi antérieure de l'estomac. Passage de plus de moitié de l'intestin grêle entre l'anse afférente et le mésocolon. Thrombose des veines mésentériques.*

(*Archiv. für Klinische Chirurgie*. Berlin, 1900, LXII, p. 94. Traduction personnelle).

Ferd. Sch..., cinquante-quatre ans. Souffre de l'estomac depuis six mois, perte d'appétit, anémie. A l'examen on trouve sous le rebord des fausses côtes une tumeur mobile, un peu moins grosse que le poing. Pas de vomissements ni de signes marqués de sténose du pylore, malgré que la tumeur siège à droite de la ligne médiane.

Diagnostic : carcinome du pylore.

Opération le 9 juin 1899 par Czerny. Laparotomie médiane. En raison de la mobilité de la tumeur on se décide pour une *résection gastrique*. On sectionne en haut et en bas le petit et le grand épiploons pour libérer la portion à réséquer, et on s'aperçoit alors que la paroi postérieure de l'estomac adhère fortement au mésocolon transverse, et on produit une brèche du mésocolon dans la libération de ces adhérences. On place à l'union du tiers moyen et du tiers gauche de l'estomac une pince de Wehr, on sectionne l'estomac parallèlement à celle-ci et on referme l'extrémité cardiaque par une double rangée de sutures renforcée par quatre ou cinq points spéciaux. On isole le duodénum qu'on ferme également et le moignon est invaginé par une double rangée de sutures. Une hémorragie assez forte s'était produite au niveau de la tête du pancréas.

Par la brèche qui s'était produite dans le mésocolon transverse, on attire maintenant la partie supérieure du jéjunum et avec un bouton de Murphy moyen on l'anastomose à la paroi stomacale antérieure, à 3 centimètres environ de la ligne des sutures. On se rend compte que l'anse efférente est située à droite, l'anse afférente à gauche. Puis on suture la paroi abdominale.

La portion de l'estomac enlevée comprend 9 centimètres de la petite courbure, 18 centimètres de la grande. La tumeur atteint presque le volume du poing.

Les premiers jours qui suivent l'opération se passent sans incidents : pas de vomissements. Pendant deux jours on ne permet que l'alimentation rectale, puis, en suivant une progression très lente, on commence à donner des liquides par la bouche. Il y a une selle le 12 juin. Le 14 juin, l'état général est bon. il n'y a pas de fièvre, le pouls est à 80, bien frappé. La langue

est humide. Le soir on remarque du ballonnement du ventre, qui est un peu tendu.

Le 15 juin au matin, six jours après l'opération, état de collapsus : plusieurs *vomissements*, 36°5 de température, pouls petit à 100. Sensibilité générale de l'abdomen ; pas de matité nulle part. *Les lavements n'amènent pas de selles.* Les vomissements cessent pendant la journée, mais pour reprendre le soir, et comme ils présentent une légère *fétidité* on fait un lavage d'estomac qui ramène un demi-litre environ de liquide putride. Les jours suivants le collapsus augmente, le pouls est à 120, très petit. Le ventre est extrêmement sensible ; il y a un peu de matité à droite et en bas. Une *ponction* pratiquée en ce point *ramène un peu d'exsudat visqueux et purulent :* mais le malade est trop faible pour supporter une nouvelle intervention.

Il s'éteint dans l'après-midi, le 17 juin.

Autopsie (Prof. Ernst). — Congestion pulmonaire hypostatique. L'épiploon adhère à la face profonde de la cicatrice abdominale. Au niveau du moignon duodénal, la ligne de suture et les tissus avoisinants présentent une macération spéciale, comme s'ils avaient subi un processus de digestion, et ils sont colorés par la bile : il y a un petit défaut dans la ligne de sutures. Au-dessus de ce moignon repose une partie de la face inférieure du foie et des ligaments suspenseurs, qui sont également macérés. Il n'y a pourtant pas de lésions du conduit excréteur du pancréas. Le duodénum est fortement distendu, surtout depuis le moignon jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal : à partir de ce point l'anse afférente, flasque, se porte en ligne assez directe vers l'anastomose gastrique, où l'on retrouve encore en place le bouton de Murphy. *L'anse efférente, distendue*, est de couleur *violacée* dans son ensemble, avec par places des points grisâtres, et cela *sur*

une longueur de 80 eentimètres. Si l'on suit cette *anse efférente*, on en voit *d'abord* une petite portion *située sur la droite de l'anastomose ; puis elle se continue en passant de l'autre côté à gauche*. Là nous trouvons un paquet d'anses grêles, agglomérées, descendant jusqu'au petit bassin, et unies par des adhérences lâches constituées par des amas fibrineux qui se déta-

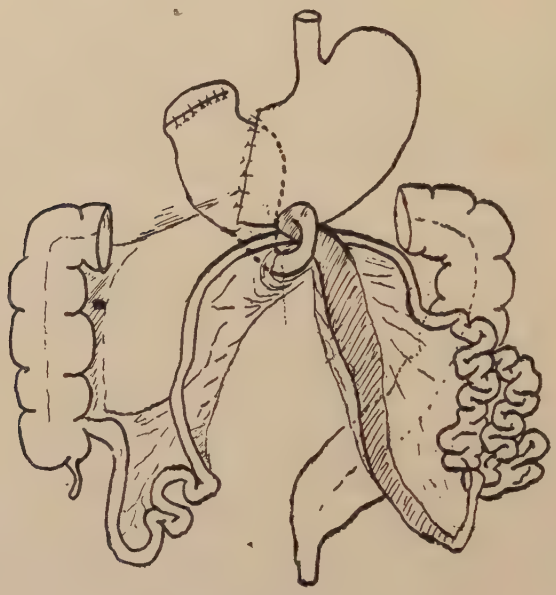

Fig. 18

chent très facilement. Ensuite *l'intestin grêle*, aplati, ratatiné, se dirige de nouveau vers le haut, *se glisse de gauche à droite derrière l'anse afférente au niveau de l'anastomose*, et après un parcours de 2 mètres environ aboutit au côlon.

Il y a des *exsudats purulents dans toute la cavité abdominale et sur les anses intestinales*. Un courant d'eau qu'on fait passer à travers le bouton anastomotique remplit avec la même rapidité les anses afférentes et efférente.

En outre des *thromboses multiples* se voient au niveau *des veines mésentériques*, grises et rouge grisâtre ; au niveau de la portion supérieure de l'insertion mésentérique, les veines ont leur lumière presque complètement oblitérée, ce qui nous explique cette hyperhémie par stase de l'anse jéjunale incarcérée.

Observation XXI

Petersen. — *Gastro-entérostomie postérieure de von Hacker au bouton de Murphy ; engagement de l'anse efférente et de la presque totalité de l'intestin grêle derrière l'anse afférente ; torsion du mésentère avec thrombose des veines mésentériques.*

(*Archiv für Klinische Chirurgie*. Berlin, 1900. LXII, p. 94. Traduction personnelle.)

Jakob W., cinquante et un ans. Pesanteur dans la région stomacale depuis environ trois mois ; vomissements, amaigrissement, forte cachexie. On sent dans la région pylorique une grosse tumeur bosselée ; l'estomac est fortement dilaté, avec insuffisance motrice et sécrétoire.

Diagnostic : carcinome du pylore.

Opération le 3 février 1900. Laparotomie médiane. On trouve au pylore une tumeur du volume du poing ; autour d'elle nombreuses granulations néoplasiques sur la séreuse, la petite courbure est infiltrée presque jusqu'au cardia. La résection paraît dès lors impraticable et on fait une *gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker avec le grand bouton de Murphy*. Les bords de la fente mésocolique sont d'abord suturés latéralement ; puis on fixe par deux sutures au jéju-

num le bord antérieur de la boutonnière. Suture de la paroi abdominale. Ether. Durée seize minutes.

Les premiers jours se passent sans incidents ; pas de vomissements. Le cinquième jour un lavement amène une selle peu abondante. Dès le deuxième jour on commence à alimenter

Fig. 19

le malade par la bouche, tout en continuant les lavements alimentaires.

Le huitième jour on administre de l'huile de ricin, mais sans provoquer de selles, et il y a quelques vomissements. Une bronchite qui avait débuté les jours précédents s'aggrave : on constate au huitième jour une forte congestion de la base des deux poumons. — Mort le dixième jour de broncho-pneumonie. On avait constaté pendant les quatre derniers jours une légère sensibilité du ventre à la pression.

Autopsie (Prof. Ernst). — La plaie de la laparotomie est presque fermée ; il n'y a pas d'adhérences à sa face profonde. La partie gauche de la cavité abdominale est remplie de *circonvolutions de l'intestin grêle, hyperhémiées, avec des hémorragies interstitielles, et un peu distendues.* Ce qui frappe surtout c'est que *la terminaison de l'intestin grêle se porte à partir du cæcum obliquement en haut et à gauche, et disparaît derrière l'anse du jéjunum qui a servi à l'anastomose gastrique.* Après avoir passé derrière cette anse, elle réapparaît de l'autre côté, contournant l'anse afférente.

La portion d'iléon comprise entre le cæcum et l'anse anastomosée est renversée en haut de façon que la face postérieure du mésentère regarde en avant. On réussit alors facilement à ramener les anses intestinales dans leur situation normale en tirant de gauche à droite sur la partie inférieure (c'est-à-dire l'extrémité cæcale) de l'intestin grêle incarcéré et en continuant à le dévider jusqu'à faire repasser à droite toute la portion engagée derrière l'anastomose. Mais, ce faisant, on fait subir à l'intestin une torsion qui replace l'anse efférente en avant et à droite de l'afférente. — Si alors on replace en arrière l'anse efférente, la refaisant passer derrière l'afférente et qu'on continue à tirer à gauche sur l'anse qui s'engage derrière l'anastomose de façon à amener à gauche tout l'intestin grêle,

on reproduit la disposition que l'on avait rencontrée au début. On voit alors le *mésentère tordu, comme une corde* décrivant des sphères de plus en plus accentuées. Au niveau même de la torsion il est dur comme une corde ; on y rencontre des *thromboses rouge foncé, des veines mésentériques et une infiltration diffuse de ce repli péritonéal.*

Les lésions intestinales diminuent d'intensité de haut en bas et sont surtout prononcées à la partie inférieure du jéjunum et à la partie supérieure de l'iléon. Dans ces points l'intestin est infiltré d'hémorragies, de couleur rouge noirâtre, la muqueuse est recouverte d'un enduit diphtéroïde.

Le cœur est atrophié. Il y a de l'ectasie bronchique et des lésions de broncho-pneumonie et gangrène, et pleurésie fibrineuse. L'estomac est dilaté, ses parois sont épaissies, et au niveau du pylore est un carcinome ulcéré s'étendant en surface.

Observation XXII

Gray (A.-M.-W.). — *Gastro-entérostomie postérieure de von Hacker. Engagement de presque tout l'intestin grêle dans le défilé prévertébral.*

(*Lancet*, 20 août 1904, p. 526. Traduction personnelle ; observation résumée.)

Femme, trente et un ans, vient consulter le 15 mai 1904 pour des douleurs épigastriques avec irradiations dans le dos, survenant presque immédiatement à l'ingestion des aliments et durant depuis quelques mois ; il y aurait eu quelquefois des selles noires, peut-être mélœna. *Grande hématémèse* le 14 mai

qui se reproduit plusieurs fois par la suite, mais en moins grande abondance ; l'état général est des plus sérieux, et étant donné le mélœna on peut évaluer à 2 litres environ la quantité de sang perdu. On transporte la malade à l'hôpital où elle est reprise d'une nouvelle hématémèse : on décide d'intervenir immédiatement.

Chloroforme : on fait en même temps un litre et demi de sérum intra-veineux. Une longue incision permet d'aborder l'estomac qui est rempli de sang, de même que l'intestin grêle. L'inspection ni la palpation ne permettant pas de déceler de lésion, on refoule par le pylore le sang contenu dans l'estomac, et on incise la face postérieure de l'estomac pour explorer sa cavité. Cet examen intra-gastrique ne décèle pas d'ulcère. On fait une *gastro-entérostomie postérieure rétro-colique, avec sutures*.

Le deuxième jour après l'opération, vomissements renfermant une petite quantité de résidus marc de café et sentant mauvais. On fait ingérer au malade de l'extrait liquide de cascara sagrada, que l'on interrompt momentanément, puis que l'on reprend. Dès le soir de l'opération, on nettoya le rectum à l'aide d'un lavement, qui amena une selle noire. Depuis un lavement fut donné tous les deux jours, et le quatrième jour le sang avait disparu des selles.

Le sixième jour, vers midi, la malade se plaint de *coliques* qui durent toute la journée et que l'on attribue à des gaz : on lui donne un lavement de térébenthine, qui n'amène *ni gaz, ni matières*. On lui fait un peu de morphine, mais une fois l'effet de la morphine terminé, le matin du septième jour, les douleurs réapparaissent et augmentent d'intensité, en même temps qu'à deux reprises surviennent des vomissements. A

9 heures du matin on donne un autre lavement de térébenthine, sans plus de résultat que le premier. Le facies était tiré et anxieux. Les vomissements se reproduisent par intervalles, et les douleurs deviennent beaucoup plus fortes après l'administration du lavement. Pas de modification de la température : le pouls, à 144 le jour de l'opération était. à 100-110.

On fait le diagnostic d'occlusion intestinale et immédiatement on décide d'opérer : mais la malade s'y refuse obstinément. Gray prescrit alors une petite dose de sulfate de magnésie et une injection hypodermique de strychnine, qui ont pour résultat de provoquer une recrudescence des coliques et de décider la malade à se laisser opérer, ce qui fut fait le septième jour à 4 heures de l'après-midi.

A l'opération on trouve que *presque tout l'intestin grêle s'était insinué dans l'orifice constitué, au cours de la première opération, par le feuillet inférieur du mésocôlon transverse se réfléchissant sur la paroi abdominale postérieure pour se continuer avec le feuillet supérieur du mésentère, orifice que complète en avant l'abouchement du jéjunum dans l'estomac.* Il fut facile, par une traction, d'attirer l'intestin incarcéré et de le libérer, et *cet orifice fut fermé en suturant le feuillet inférieur du mésocolon au feuillet supérieur du mésentère* pour prévenir le retour de l'étranglement. Ce qui est assez particulier c'est qu'il existait en outre une *énorme distension du côlon rempli de gaz* : pourtant en suivant l'intestin jusqu'au rectum on ne découvrit absolument aucun obstacle. On ponctionna le côlon avec un trocart pour évacuer les gaz, et on ferma l'ouverture de ponction par une suture à la soie, renforcée par une greffe épiploïque. L'anastomose gastro-jéjunale était parfaitement normale.

Il y eut encore quelques vomissements le soir même de l'opération, puis la guérison se fit sans encombre, et la malade quitta l'hôpital le 13 juin.

On la revit le 5 juillet, en parfait état : elle n'avait eu ni douleurs, ni vomissements, ni aucun trouble digestif depuis sa sortie, et cela sans suivre de régime ; les selles étaient absolument régulières.

Observation XXIII
(Personnelle)

Le nommé Le M... Joseph, trente-trois ans, a été opéré le 8 décembre 1905 de gastro-entérostomie par le professeur Terrier à l'hôpital de la Pitié pour des troubles gastriques dont le début remontait à l'âge de quatorze ans : douleurs épigastriques, vomissements survenant vingt minutes à une demi-heure après le repas, tous ces troubles se montrant par périodes de crises, et n'ayant nullement cédé au traitement médical très sérieusement conduit.

Les suites opératoires furent remarquablement simples : dès le sixième jour le malade avait repris l'alimentation solide, et depuis cette époque, malgré qu'il ne suivît plus aucun régime, les douleurs comme les vomissements n'avaient jamais reparu. Le seul trouble qui persistait consistait en régurgitations bilieuses assez fréquentes.

Le 2 février 1907, soit *quatorze mois après son opération*, il est pris dans la matinée de douleurs abdominales en barre, occupant la région du côlon transverse et surtout violentes au niveau du creux épigastrique. Malgré que ces douleurs fussent assez violentes, le malade continue à travailler toute la journée,

mais le soir les douleurs augmentent d'intensité, des vomissements apparaissent, d'abord bilieux, qui prennent dès le lendemain le caractère fécaloïde. En même temps que les vomissements se sont montrées des crampes, extrêmement douloureuses, dans les membres inférieurs. Les urines sont rares. Les selles sont suspendues et l'arrêt des gaz est absolu.

Le surlendemain du début des accidents, le 4 février à 3 heures de l'après-midi, le malade entre à l'hôpital Beaujon, salle Marjolin, n° 27, dans le service de notre maître, le Dr Michaux. Le facies est tiré, les yeux excavés, et les téguments sont brunâtres, de la teinte du vieux bois.

La température est à 36°8, le pouls à 110, mal frappé et filant. Nous assistons à des vomissements jaunâtres, d'odeur fécaloïde, et, avec ces commémoratifs, le diagnostic d'occlusion intestinale s'impose. Pourtant il n'existe aucun ballonnement du ventre, aucune voussure : seul à la percussion l'estomac se montre distendu. La palpation dénote une contracture marquée des droits dans l'étage sus-ombilical, là où est le maximum de la douleur. — Ajoutons que l'examen des divers orifices herniaires, de même que le toucher rectal, est négatif. Aussi concluons-nous à un obstacle haut situé sur l'intestin, et pensons, étant donnés les antécédents, qu'il s'agit d'un étranglement du grêle à sa partie initiale par une bride de périgastrite, reliquat de l'affection ayant commandé la gastro-entérostomie.

Après une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum, et l'administration, par acquit de conscience, d'un lavage d'intestin resté sans résultat, nous intervenons deux heures après l'entrée, à 5 heures du soir, soit *deux jours après le début des accidents*, avec l'aide de notre collègue et excellent ami, Albert Rendu. Sous l'anesthésie au chloroforme, nous pra-

tiquons une laparotomie médiane, à la fois sus et sous-ombilicale, sur le trajet de l'ancienne cicatrice. Nous allons d'abord à la recherche du cæcum, que nous trouvons vide et, partant de lui, après avoir récliné une anse d'intestin grêle distendue qui était apparue à l'incision de l'abdomen, nous dévidons l'intestin grêle vers le duodénum. — Nous sommes arrêtés à un peu plus d'un mètre de l'angle duodéno-jéjunal : là l'intestin s'engage dans un hiatus situé au-dessous du mésocôlon transverse, et par une traction douce, nous dégageons sans trop de peine une anse de 0 m. 75 de long environ, qui s'y était étranglée. Une fois dégagée, nous voyons cette anse se continuer au-dessus avec le jéjunum distendu qui, 50 centimètres plus haut, est abouché à la face postérieure de l'estomac.

Dès lors nous pouvons facilement nous rendre compte de la constitution de cet anneau d'étranglement, et de la nature de l'opération faite par le professeur Terrier. Celle-ci avait consisté en une *gastro-entérostomie postérieure de von Hacker, mais laissant une longueur de 20 à 25 centimètres environ d'intestin entre l'angle duodéno-jéjunal et l'abouchement stomacal.* Cette portion d'intestin, représentant la branche afférente de l'anse anastomosée, était, comme dans le procédé classique, située à gauche de la branche efférente, et de la colonne vertébrale au sommet de cette anse, autrement dit, au point d'abouchement avec l'estomac, se portait, *tendu en une arête tranchante, le mésentère soulevé en un repli fortement oblique en haut et en avant :* en effet l'insertion vertébrale de cette corde mésentérique était située notablement au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal et, partant du mésocolon transverse. *Ce repli limitait ainsi en avant et en bas l'orifice d'étranglement, pouvant admettre facilement deux doigts, et que complétaient, en arrière*

la colonne vertébrale et le pancréas, en haut le mésocolon transverse, doublé par la face postérieure de l'estomac. C'est à travers cet orifice que s'engageait par la droite *l'anse étranglée, passant au-devant de l'angle duodéno-jéjunal, à cheval par conséquent sur la branche afférente de l'anastomose.*

Fig. 20

Cette anse examinée après que nous l'avons dégagée de l'orifice à travers lequel elle était enserrée, nous apparaît conges-

tionnée, violacée, moyennement distendue, mais reprenant rapidement son aspect normal, avec une séreuse partout intacte, sans même de sillon d'étranglement fortement marqué.

Nous terminons l'intervention en fermant l'hiatus dont nous venons de parler *par quatre points au catgut n° 1, prenant le mésocolon transverse en haut, le bord libre du repli du mésentère en bas*, en prenant grand soin d'éviter les vaisseaux.

Nous nous assurons que les matières ont repris leur cours et, après résection de l'ombilic compris dans l'incision cutanée, nous fermons la paroi en un plan, sans drainage. Durée de l'opération : quinze minutes environ.

Les suites opératoires sont absolument normales au point de vue de l'absence de toute réaction péritonéale, et de la cessation immédiate des accidents d'occlusion : le lendemain de l'opération il y a des gaz rendus par l'anus, et deux jours après, le malade a trois selles très copieuses.

Mais pendant les trois premiers jours l'opéré a des vomissements de bile assez abondants qui cèdent à des lavages d'estomac.

Puis au cinquième jour, les quelques râles de bronchite, qui existaient les premiers jours, deviennent plus nombreux et plus fins et, les jours suivants, se constitue à la base gauche un foyer de congestion pulmonaire avec légère lame de liquide dans la plèvre.

Au quatorzième jour, les fils de la paroi sont enlevés : la cicatrisation est parfaite et s'est faite sans suppuration. Au vingt et unième jour le malade se lève : sa paroi est solide, sans aucune menace d'éventration. Les fonctions digestives s'accomplissent de façon tout à fait satisfaisante : de temps en

temps le malade a quelques régurgitations de bile, mais comme après sa première intervention. Il quitte l'hôpital le 1er mars, vingt-quatre jours après son opération, pour aller en convalescence à Vincennes.

CONCLUSIONS

I. — En dehors des occlusions intestinales paralytiques, symptomatiques de péritonite et des occlusions qui peuvent se voir après la gastro-entérostomie, au même titre qu'après toute autre intervention abdominale (occlusions par brides ou par torsion siégeant loin du foyer opératoire, par défaut de migration du bouton de Murphy);

En dehors également des occlusions qui sont le fait de l'extension ou de la généralisation du processus morbide qui a commandé l'intervention (brides de périgastrite, néoplasme);

Il est des variétés d'occlusions qui nettement ressortent d'un défaut dans la technique opératoire employée.

II. — Parmi celles-ci, les unes peuvent tenir à une faute de l'opérateur:

Torsion en sens inverse de l'anse anastomosée dans la gastro-entérostomie antérieure;

Suture insuffisante ou nulle des bords de la boutonnière mésocolique à l'estomac dans la gastro-entérostomie postérieure.

III. — Les autres se rencontrent à la suite de gastro-entérostomies exécutées suivant des procédés classiques scrupuleusement exécutés et sont le fait de *défauts inhérents aux techniques couramment employées.*

A la gastro-entérostomie antérieure appartient spéciale-

ment la compression du côlon transverse par l'anse afférente ou son mésentère.

Mais avec la gastro-entérostomie postérieure aussi bien qu'avec l'antérieure, on peut voir l'incarcération, accompagnée ou non de torsion, d'une anse intestinale dans l'hiatus limité par le mésocolon transverse en haut, la paroi postérieure de l'abdomen en arrière, et, en bas, l'anse afférente avec son mésentère soulevé en corde et *distant* du mésocolon.

IV. — La symptomatologie de ces occlusions est des plus variables, suivant la date de leur apparition, suivant qu'elles sont aiguës ou chroniques, ou même presque latentes. Leur diagnostic est des plus malaisés dans nombre de cas et souvent elles sont méconnues ou confondues avec la péritonite généralisée, la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et le circulus vitiosus.

Ce diagnostic est pourtant des plus importants, car la précocité de l'intervention en dépend.

V. — S'il est certaines variétés d'occlusion (par envahissement néoplasique, par brides) que nous ne pouvons prévenir et contre lesquelles notre seule ressource est, comme pour toute occlusion constituée, d'intervenir à temps pour tâcher de lever l'obstacle et de supprimer, si faire se peut, la cause d'occlusion ;

Par contre pour les occlusions que nous avons dit être le fait de la technique suivie, il y a mieux à faire qu'à les attendre pour tâcher d'y remédier ensuite, il faut y parer à l'avance par le choix d'une technique mettant à l'abri de cette éventualité.

VI. — Tandis que la possibilité d'occlusion intestinale

est inhérente à toute gastro-entérostomie avec abouchement antérieur, aussi bien gastro-entérostomie en Y de Roux que simple opération de Wölfler, de sorte que ces méthodes ne doivent rester que comme procédés de nécessité ;

L'abouchement postérieur doit pouvoir donner la sécurité absolue, mais non pratiqué suivant la technique classique de von Hacker.

VII. — Le von Hacker en effet, outre qu'il ne met pas à l'abri du circulus, crée un *hiatus sous-mésocolique*, dont au cours de l'opération la *compresse-billot* nous décèle le danger, hiatus d'autant plus praticable que l'anse afférente est laissée plus longue à partir de l'angle duodéno-jéjunal : aussi n'hésistons-nous pas à déconseiller formellement le von Hacker type.

VIII. — Réduction de l'anse afférente à la stricte longueur nécessaire ; fermeture de tout défilé au-dessus de l'anastomose par *accolement de l'estomac à l'intestin jusqu'à la racine du mésocolon transverse ;* tels sont les deux desiderata que réalise le procédé à suspension verticale de Ricard-Chevrier, procédé qui met à l'abri de tout étranglement.

IX. — Si l'on veut gagner du temps, et malgré les quelques réserves que commande l'emploi du bouton de Murphy, on peut, au lieu d'employer le procédé de Ricard avec sutures, faire la gastro-entérostomie postérieure suivant la technique de Petersen, avec anastomose au bouton ; mais nous recommandons formellement de lui adjoindre la suspension verticale de l'anse afférente.

X. — Si, au contraire, on ne craint pas de prolonger un peu la durée de l'opération, le procédé en Y de Roux avec

abouchement postérieur, et fait au moyen de sutures, est au point de vue des résultats fonctionnels, le procédé idéal, et met, comme le précédent absolument à l'abri de l'occlusion.

Vu : le président de la thèse,
SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Adenot. — Revue chirurgie, 1896, p. 15.

Batanoff. — De la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Thèse Lyon, 1900.

De Beule. — Cercle vicieux. Bull. acad. royale médecine Belgique, 1904, p. 591.

Bœckel. — Acad. médecine, janvier 1902 et octobre 1905.

Bréchot. — De la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore. Rev. chir., 1907, t. I, p. 296.

Budder. — Deutsche med. Wochenschrift, 1897, p. 146.

Celos. — Th. Paris, 1902.

Congrès de l'Association allemande de chirurgie.

XXIX^e^ 1900. Petersen, von Hacker.

XXXV^e^ 1906. Lorenz.

In Verhandl. der deustch. Gesellsch. für Chir.

Congrès français de chirurgie.

1898. Roux, Monprofit, Doyen.

1901. Monprofit. Pantaloni.

1902. Pauchet, Monprofit.

1905. Monprofit, Hartmann, Cardenal, Sinclair White, de Herczel, Czerny.

Congrès international de chirurgie

1905. Monprofit.

Congrès international de Médecine.

XIV^e^ 1903. (Madrid) Petersen.

Chlumkij. — Beitrage zùr klinische Chirurgie, 1898. Bd. XX, p. 231 et 487.

Danger. — Opérations complémentaires contre le reflux. Th. Paris, 1894.

Daurignac. — Occlusion intestinale après les laparotomies. Th. Toulouse, 1895.

David. — Occlusions post-opératoires. Tribune médic., 1907.

Denéchau. — Les suites médicales de la gastro-entérostomie, Th. Paris, 1907.

Desfosses. — Soc. anatomique. Octobre, 1893.

— La gastro-entérostomie postérieure. Thèse Paris, 1898.

Doyen. — Chirurgie de l'estomac, 1895.

Duvivier. — Gastro-entérostomie au bouton de Murphy. Th. Paris, 1895.

Föderl. — Wiener Klinisch. Wochenschr., 1903, n° 41, p. 1121.

Fowler (George Ryerson). — Annals of surgery, nov. 1902.

Gaudemet. — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. Th. Paris, 1906.

Gray (A.-M.-W.). — Lancet, 20 août 1904, p. 526.

Gross. — Rev. médicale de l'Est, 1er sept. 1904.

Guibé. — Chirurgie de l'abdomen, 1905.

Guinard. — Cure du cancer de l'estomac. Th. Paris, 1898.

Hartmann et Soupault. — Revue chir., 1899, p. 349.

Hartmann. — Chirurgie gastro-intestinale, 1901.

— Travaux de chirurgie, 1903, p. 216, et p. 225.

Jaboulay. — Cliniques chirurgicales, 1904.

Kappeler. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 49, n° 50.

Kieffer. — Complications de la gastro-entérostomie et moyens de les éviter. Th. Paris, 1903.

Lauenstein. — XIIe Congrès de chirurgie allemand.

Legueu. — Gazette des hôpitaux, 23 novembre 1895.

Lenclos, — Des occlusions intestinales post-opératoires. Th. Nancy, 1899.

Leriche. — Résections de l'estomac pour cancer. Th. Lyon, 1907.

Leroy. — De la gastro-entérostomie. Th. Paris, 1902.

Lucke. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1887. T. XVII, p. 503.

Lund. — Boston med. and surg. journal, 1905. T. 152, p. 549.

Mattoli. — La gastro-entérostomie. Rome 1903.
Mayer (Otto). — Wiener Klinische Wochenschrift, 1905, p. 136.
Mayo. — Annals of surgery. Philadelphie 1902. Août.
Mayo Robson. — Medico-chirurgical transaction. L. XXV, p. 407, 1892.
— British med. Journal, 1906, 17 nov., p. 1345-1350.
Monprofit. — La gastro-entérostomie, 1903.
— Anjou médical, 1905, p. 247.
Monod et Vanverts. — Technique opératoire.
Morichau-Beauchant. — Dilatation aiguë de l'estomac. Arch. méd. chir. du Poitou. Août-septembre 1907.
Moynihan. — Lancet, 1906, t. I, p. 704.
Naveau. — Résultats fonctionnels défectueux des gastro-entérostomies. Th. Paris, 1904.
Nyrop. — Ugeskrift for Lœger, 1907.
Peham. — Deutsche Zeitschrift für Chir. B. 48. S. 84.
Petersen. — Archiv. f. Klinisch. Chirurg. Berlin, 1900. LXII, 94-114.
— Beitrage zur Klinischen Chirurgie, 1901, Bd. XXIX. p. 597.
— *Id.* 1902. Bd. XXXIII, p. 297.
Poussin. — De la gastro-entérostomie en Y. Th. Paris, 1903.
Preindlsberger. — Wiener Klinische Wochenschrift. 1901, T. XIV, p. 118.
Quénu. — Arch. obstét. et gynécol., 1894, p. 422,
Reuterskiold. — Hygieia. Janv. 1907.
Ricard et Chevrier. — Gazette des hôp., 1905, p. 96.
Ricard et Launay. — Technique opératoire, 1905.
Roux. — Rev. gynécol. et chir, abdom., 1897, p. 66.
Roux et Bourges. — La gastro-entérostomie. Œuvre méd. chir. Paris, 1902.
Rusca. — Circulus vitiosus. Madrid, 1907.
Schröter. — Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. 38. S. 296.
Sick. — Deutsche med. Wochenschrift, 1893. S. 875.
Société de chirurgie.
1900. 19 déc. Delbet, Schwartz.

1903. 1er juill. Monprofit, Hartmann, Tuffier.
1905. 23 nov. et 5 déc. Legueu.
1907. 1er mai. Tuffier, Monprofit.
1907. Décembre.

Staffel. — Volkmann s. Klin. Vortr., 342.

Tavel. — Rev. chir., 1901, t. II, p. 686.

Terrier. — Gastro-entérostomîe postérieure. — Rev. ch., 1902. T. I, p. 369.

Terrier et Hartmann. — Chirurgie de l'estomac, 1899.

Tuffier. — Chirurgie de l'estomac, 1907.

Tuja. — Th. Lyon, 1894.

Villard. — Gastro-duodénostomie sous-pylorique. Rev. chir., 1900, p. 495.

Walzberg. — Arch. f. Klin. Chir., 1902, LXVI.

Wessel. — Bibliothek for Lœger. Juill. 1904.

Wilhelm. — Occlusions post-opératoires. Thèse Nancy, 1893.

Zikov. — Khirurgia, 1901. Oct. n° 58.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 9
Classification des occlusions 14
Chapitre I. — **Pathogénie** 23
1° Occlusions sans obstacle mécanique 23
2° Occlusions par obstacle indépendant du foyer opératoire 25
3° Occlusions par obstacle au niveau du foyer opératoire 34
Chapitre II. — **Etude clinique** 60
Symptomatologie 61
Diagnostic 69
Pronostic 74
Chapitre III. — **Traitement** 76
I. — Traitement de l'occlusion constituée 76
II. — Prophylaxie de l'occlusion 83
Critique des procédés de gastro-entérostomie antérieure 86
Critique des procédés de gastro-entérostomie postérieure 90
Procédé de von Hacker 90
Procédé de Petersen 102
Procédé de Ricard et Chevrier 106
Procédé en Y de Roux 123
Emploi du bouton de Murphy 128
Du choix d'un procédé de gastro-entérostomie 132
Observations 134
Conclusions 183
Bibliographie 187

Imp. spéciale de la Librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince